

Bij mij – geen professor maar wel een ervaren huisarts gedurende tien jaar en keel-neus-oorarts gedurende twintig jaar – kwam onlangs een mevrouw de spreekkamer binnen schuifelen met de woorden: „Dokter, wat u ook zegt, ik geloof u niet.” Ze keek gespannen en hield haar rechterhand aan haar hals. Als ik een jong arts geweest was, zou ik gezegd hebben: „Mevrouw, dan is het het beste dat u weer weggaat.” Maar, door ervaring wijs geworden, begreep ik dat er achter haar woorden grote angst en onzekerheid verborgen gingen. Ik zei dus: „Mevrouw, ik denk dat u bij verschillende artsen geweest bent, ook bij een paar specialisten en dat zij allen gezegd hebben dat u geen keelkanker had.” Ze verstijfde, maar zei niets. „Bovendien denkt u dat de artsen elkaar de hand boven het hoofd houden.” Ze bleef zwijgen. „Is u wel bereid”, vroeg ik, „om even op de onderzoekstoel te gaan zitten?” Ze liep er langzaam heen en ging op het puntje van de stoel zitten, klaar om er zo weer vanaf te springen. In één minuut had ik haar mond, keel en stembanden onderzocht en nam weer achter mijn bureau plaats.

„En . . .” vroeg ze na een lange stilte? „U denkt toch niet dat ik u iets zal zeggen mevrouw. Ik praat niet voor stoelen of banken! U mag uw man zeggen dat hij mij vanavond om half zeven op kan bellen.”

Toen hij inderdaad belde, deelde ik hem mee dat hij met zijn vrouw bij mij mocht komen, als ze dat tenminste wilden . . . Ze kwamen.

Zij had een bijbel in haar hand. „Is u religieus”, vroeg ik. „Nee”, antwoordde ze, „deze bijbel hebben we nog nooit ingezien. We hebben hem cadeau gekregen bij ons huwelijk.” „Waarom brengt u hem nu mee?” vroeg ik. „Is u bereid”, vroeg zij, „om met uw hand op de bijbel te zweren dat u de volle waarheid zult zeggen over mijn keel?”

Ik ben tot alles bereid, wat – mits medisch verantwoord – een patiënt kan helpen. Ik legde mijn hand op de bijbel en zei: „Ik zweer, dat u een volkomen normale keel hebt en dat er van kanker geen sprake is.” Ze kreeg een huilbui en liep weg. Haar man omarmde haar en begeleidde haar naar buiten.

Een paar weken later ontving ik een lange dankbrief, waarin o.a. stond, dat ze nu niet naar professor Jongkees zouden gaan.

LITERATUUR

¹Jongkees LBW. Over oorsuizen, droge mond, keelpijn en de dingen die niet voorbijgaan. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2332-4.

Den Haag, december 1982

H.A. VOET

Migraine

Het artikel van Ansink e.a. geeft een goed overzicht van de opvattingen in de specialistische geneeskunde.¹ Vanuit de huisartsgeneeskunde zou ik enkele kritische kanttekeningen willen maken.

1. De schrijvers doen het voorkomen alsof migraine een afgebakende ziekte-eenheid is. In mijn ervaring gedurende 15 jaar manifesteert hoofdpijn zich echter zeer pluriform, niet alleen interindividueel, maar ook intra-individueel. Tussen patiënten zijn er zulke grote verschillen in symptomen, dat er nauwelijks een indeling in groepen te maken is; per patiënt verandert het beeld van de aanvallen in de loop van de jaren vaak zodanig, dat ook hier nauwelijks een typering is te maken. Patiënten die ik 15 jaar bestudeerde,

beschrijven hun hoofdpijn nu eens als migraine, dan weer als spanningshoofdpijn, dan weer als een gemengde hoofdpijn: kortom, er is nauwelijks een bepaalde ziekte te koppelen aan een persoon. Naar mijn mening moeten we migraine dan ook niet zien als een ziekte, maar als een wijze van reageren op bepaalde omstandigheden.

2. De pathofysiologie van de migraine en ook van de andere hoofdpijnen blijft erg ingewikkeld en er blijkt eigenlijk nog zeer weinig van bekend te zijn. Biochemische afwijkingen zouden misschien kunnen worden aangetoond, maar het pathogenetische belang daarvan is zeer onduidelijk. In de literatuur neigt men steeds meer tot het psychobiologische model voor de pathogenese waarin hoofdpijn als continuum wordt gezien.² Een bepaalde stressfactor doet spieren aanspannen, veroorzaakt veranderingen in het autonome zenuwstelsel en bij langer aanhouden ook in het vasculaire stelsel, waardoor de migrainesymptomen ontstaan. Bij nauwkeurige anamnese geeft de patiënt dit continuum goed aan.

3. De anamnese is voor het inzicht in de aard en ernst van de hoofdpijn dan ook veel belangrijker dan het onderzoek. Een oriënterend onderzoek samen met een goede anamnese zal voor de huisarts voldoende zijn om de patiënt niet bloot te stellen aan specialistische ingrepen. Vooral van groot belang is het aanleggen van een hoofdpijndagboek door de patiënt waardoor de huisarts, maar vooral ook de patiënt zelf, inzicht kan krijgen in factoren die met het ontstaan van de hoofdpijn samenhangen.³

4. Ansink e.a. hebben zeer kort de niet-medicamenteuze therapie aangestipt. Naar mijn mening ligt hierin echter juist de goede aanpak van de migraine. In mijn dissertatie beschreef ik daarvoor een methode die ervan uitgaat dat migraine in de eerste plaats door de patiënt zelf zal moeten worden aangepakt: het is zijn manier van omgaan met stress, met conflicten en vooral met onderdrukte agressie.⁴ De patiënt zal inzicht moeten krijgen in deze mechanismen. Ik kan als huisarts hierbij slechts sturend, uitleggend, geruststellend hulp verlenen. Medicamenten spelen dan ook altijd een bijkomende rol, ze dienen als symptoombestrijders. Uiteraard hebben we die nodig, maar we mogen er niet alle heil van verwachten.

5. Toekomstig onderzoek zal dan ook niet, zoals Ansink c.s. vermeldt, moeten worden gericht op een nog beter begrijpen van het ontstaan van migraine door middel van biochemisch onderzoek. Veel meer zal onderzoek moeten worden verricht over factoren die patiënten aangeven, welke samenhangen met het ontstaan van de hoofdpijn. De vraag hoe we patiënten kunnen helpen om hun hoofdpijn-aanvallen te verminderen, zal uitgangspunt van verder onderzoek op het gebied van migraine dienen te zijn.

LITERATUUR

¹Ansink BJJ, Hogenhuis LAH, Wattendorff AR. Migraine. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2061-7.

²Bakal DA en Kaganov JA. Symptom characteristics of non-chronic and chronic headache sufferers. Headache 1979; 19: 285.

³Post D. Het gebruik van het pijndagboek in de huisartspraktijk. Patient Care 1981; 8: 8.

⁴Post D. De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1980.

Wezep, november 1982

D. POST

Wij zijn collega Post dankbaar voor zijn opmerkingen. Wij zijn het eens met zijn opvatting dat migraine geen omschreven ziekte-eenheid is. Deze stelling geldt in wezen voor de gehele geneeskunde, waarbij wij er vanuit gaan dat er geen ziektes bestaan maar alleen zieke mensen. Deze

vertonen allen hun specifieke en persoonlijke kenmerken, waardoor zij een zeker coloriet aan hun klachten verlenen.

Wat het door collega Post beschreven psychodynamische model betreft, blijven wij van mening dat weliswaar milieuomstandigheden voor de wijze van reageren van de patiënt van belang kunnen zijn, doch dat een constitutionele predispositie met een substraat op het neurotransmitter-niveau toch moeilijk gemist kan worden in het actuele denken over deze aandoening. Dat nekpijn met agressie, buikpijn met angst, en rugpijn met verdriet en machteloosheid kunnen samenhangen maakt niets duidelijk omtrent de causale verbanden en zal de arts er over het algemeen niet van weerhouden een ter zake gericht somatisch onderzoek in te stellen en, zeker bij twijfel, om een specialistisch onderzoek te verzoeken. Het zal dan niet „voldoende zijn om de patiënt niet bloot te stellen aan specialistische ingrepen”.

Vaak zijn de bij nauwkeurig onderzoek aangetroffen pijntriggerzones (men denke bijvoorbeeld aan de houdingsanomalie van de halswervelkolom en schoudergordel) betere invalshoeken voor een aanpak van de ziekelijke toestand dan een afwijkende „wijze van reageren op bepaalde omstandigheden”. De migraine-patiënt zelf is langzamerhand overgevoelig geworden voor deze wat eenzijdige wijze van reageren, maar dan in dit geval door de hulpverlener. Ook het feit dat er een duidelijke categorie patiënten bestaat met steeds weer reproduceerbare verschijnselen, bijvoorbeeld de familiale migraine accompagnée en de Hortonse neuralgie, wijst op een belangrijke bijdrage van een constitutionele factor.

Het zogenaamde hoofdpijndagboek heeft het voordeel de

patiënt inzicht te verschaffen in bepaalde levensomstandigheden die provocerend werken op de hoofdpijnaanvallen, maar aan de andere kant lopen wij bij sommige patiënten het gevaar hierdoor een neurotiserende reactie op te roepen. Wij hebben in de bespreking van de therapie dan ook wel degelijk de nadruk erop gelegd dat met de patiënten moet worden doorgenomen welke stress-factoren eventueel een rol spelen en misschien ook weggenomen zouden kunnen worden. Dit moet altijd de eerste fase zijn van de behandeling, waarna eventueel medicamenten een welkome aanvulling ter bestrijding van de symptomen kunnen zijn.

Wij zijn het ook eens met Post dat de eerstelijnsgeneeskunde meer zal moeten doen aan deze patiënten. Helaas krijgen wij echter bij de anamnese maar al te vaak te horen dat met name de huisarts de patiënten heeft medegedeeld dat er aan deze kwaal nu eenmaal niets te doen is. Waarschijnlijk zoeken ook daarom zoveel van deze patiënten uiteindelijk toch specialistische hulp.

Wij werden er door de Fa. Boehringer op gewezen dat bij de doseringsopgave van clonidine (bl. 2066) een zetfout is blijven staan. Gelezen dient te worden: 3 maal daags 0,025 mg tot 3 maal daags 0,15 mg.

LITERATUUR

¹Oosterhuis WW. Nekpijn, buikpijn, rugpijn. 2e druk. Utrecht: Bunge, 1982.

Amsterdam,
Sittard,
's-Gravenhage, december 1982

B.J.J. ASINK
L.A.H. HOGENHUIS
A.R. WATTENDORFF

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

„Starchblockers” voor de beteugeling van het lichaamsge-
wicht. – Het gebruik van anti-amylase bevattende pillen (starchblockers) om het gewicht onder controle te houden, is in de Verenigde Staten populair. Eén pil die 500 mg anti-amylase bevat zou de vertering van 100 gram zetmeel tegengaan. Bo-Linn e.a. van de Baylor Universiteit van Dallas (*New Engl. J. Med.* (1982) 307, 1413) hebben bij 5 vrijwilligers de werking van dit middel vergeleken met een placebo. Zij gaven twee tabletten voor en één tijdens een maaltijd van spaghetti, tomatensaus, wittebrood, margarine en water. Dit proefmaal bevatte 100 g zetmeel en had een calorische waarde van ca. 680 Kcal. Nauwkeurig balansonderzoek over het etmaal wees uit dat hiervan ca. 80 Kcal. onverteerd met de faeces werden uitgescheiden, waarbij het geen verschil maakte of de anti-amylasepil of placebo was gebruikt. In vitro bleek 500 mg van de amylaseremmer inderdaad voldoende voor het blokkeren van de hoeveelheid amylase die nodig is om 100 g zetmeel om te zetten. Het uitblijven van enig aantoonbaar effect van driemaal zoveel anti-amylase in vivo, schrijven de onderzoekers toe aan de produktie in overmaat van amylase door de pancreas na een maaltijd. Zij trekken de vergelijking met lipase dat ook in overmaat wordt geproduceerd en waarvan bekend is dat de vetresorptie pas afneemt als de hoeveelheid lipase tot 1/10 is teruggebracht. Het uitblijven van effect zou ook te

verklaren zijn doordat er een onvoldoende binding tussen de anti-amylase (faseolamine) en de amylase tot stand komt. Ook zou zetmeel verteerd kunnen worden door de werking van door de mucosa gevormde gluco-amylasen, die mogelijk niet door faseolamine onwerkzaam worden gemaakt; tenslotte noemen zij de mogelijkheid dat faseolamine, dat zelf een glucoproteïne is, wordt verteerd door de proteasen uit de pancreas.

In een Editorial (bl. 1444) laakt Rosenberg de verkoop van produkten met een farmacologische werking, onder de naam van voedingsmiddelen. In 2 jaar tijd verschenen 200 „starchblockers” in de handel, met een geschat gebruik van 1 miljoen tabletten per dag. De Food and Drug Administration (FDA) stelt aan voedingsmiddelen niet dezelfde zware eisen van veiligheid en bewezen werkzaamheid als aan geneesmiddelen. In juli 1982 heeft de FDA, nadat er klachten waren gekomen over spijsverteringsstoornissen en opgezette buik, de handel in deze tabletten opgeschort tot zou blijken dat het middel onschadelijk en werkzaam was. In oktober heeft het Federal Court in Chicago het recht daartoe van de FDA erkend.

De commentator meent dat van medische zijde te weinig tegenwicht wordt geboden tegen de alternatieve gezondheidsleer waarin de nadruk wordt gelegd op dieetmaatregelen ter bevordering van gezondheid en preventie van ziekten, terwijl de medische professie in karikatuur wordt afgeschilderd als geneesmiddelenvoorschrijvers. Hij vraagt zich af of de consument voldoende is geïnformeerd om