

Subsidies voor klinisch experimenteel kankeronderzoek door de Maurits en Anna de Kock Stichting

Het fonds van de Maurits en Anna de Kock Stichting heeft voor het jaar 1983 gelden beschikbaar ter ondersteuning van klinisch experimenteel kankeronderzoek. Subsidies worden in principe gegeven voor de aanschaf van apparatuur, noodzakelijk voor de uitvoering van een project, terwijl in bijzondere gevallen beperkte bedragen voor materiële kosten kunnen worden toegekend ten behoeve van projecten waarvoor de personele kosten en apparatuur uit andere bronnen ter beschikking zijn.

Onderzoekers die menen voor een dergelijke subsidie in aanmerking te komen dienen een aanvraag in te dienen bij het Bestuur van de Maurits en Anna de Kock Stichting, Laboratorium voor Radiobiologie, Plesmanlaan 121, 1066 CX Amsterdam. In deze aanvraag moeten de vraagstelling, de methodieken en de duur van het onderzoeksproject vermeld worden. Ook dient aangetoond te worden dat de aangevraagde investering of uitgaven niet mogelijk zijn via de gebruikelijke kanalen. De aanvraag moet de instemming

hebben van de directie van de instelling of het hoofd van het laboratorium.

Prof.dr. G.W. BARENSEN,
voorzitter

Contactgroep Kahlerpatiënten

Onlangs heeft zich bij de bestaande contactgroepen voor kankerpatiënten de „Contactgroep Kahlerpatiënten” gevoegd. Het doel ervan is om lotgenoten in staat te stellen onderling ervaringen uit te wisselen en elkaar in problemen en moeilijkheden steun te verlenen. Tevens wordt gestreefd naar het verschaffen van verantwoorde informatie aan patiënten over hun ziekte in nauwe samenwerking met bevoegde medische instanties.

Het bestuur van de groep zou het op prijs stellen, dat myelomatosepatiënten door hun behandelende geneeskundige geattendeerd worden op het bestaan van deze „patiëntenvereniging” en op het feit dat belangstellenden contact kunnen opnemen met: A. van der Heyden, Van Rijswijklaan 26, 2625 KX Delft, tel. 015-612363 of het Voorlichtingscentrum van het Koningin Wilhelmina Fonds, Amsterdam, tel. 020-644044.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

„Gelukkig is uw enkel niet gebroken, hooguit verstuikt”

Wij vinden het juist dat er in het tijdschrift aandacht besteed wordt aan de „verstuikte” enkel. Zeker een huisarts ziet dit letsel regelmatig en wij zijn het als huisartsen eens met de auteurs als zij schrijven dat dit letsel niet gebagatelliseerd mag worden.¹ Kritisch staan wij echter tegenover hun aanbevelingen, in de eerste plaats die voor de diagnostiek. Wij betwijfelen of het juist is, om bij elk bandletsel standaard-röntgendiagnostiek te (laten) verrichten. De drie beschreven patiënten beschouwen wij meer als illustratie dat dit letsel een serieuze benadering behoeft, maar geenszins als bewijs voor de stelling, dat röntgenonderzoek altijd verplicht is. Het werken volgens het „minimax loss principle” is misschien in de klinische geneeskunde te verdedigen, maar beslist niet altijd in de huisartspraktijk. De schrijvers werken beiden op het topje van de ijsberg in hun zeer gespecialiseerde klinieken, en zien derhalve een zeer geselecteerde patiëntenpopulatie. Onzes inziens gaat het te ver klinische ervaringen met deze patiëntengroep te veralgemenen naar de algemene praktijk.

In de tweede plaats hebben wij moeite met de stelling, dat herhaling van het röntgenonderzoek nodig is, als de klachten na 2 of 3 weken nog bestaan. Eigen onderzoek bij 44 patiënten wees uit dat ca. 30% na 2 weken nog klachten had. Na 6 weken waren bij geen van allen objectieve afwijkingen meer aantoonbaar, hoewel een kwart aangaf subjectief niet tevreden te zijn over de genezing van hun enkel. Geen van deze laatsten is thans echter, na 5 jaar, beland in het

ziekenhuis met de complicaties waarvan het artikel verhaalt.

Mede gezien de therapeutische adviezen die verder in de klinische les nog gegeven worden (loopgips), betekent het door de huisarts volgen van de daarin aanbevolen gedragslijn, dat elke patiënt met een enkelbandletsel naar de chirurg moet worden verwezen: een onzes inziens ontoelaatbare uitholling van het vak van de huisarts door het voorbijgaan aan de diagnostische kennis en ervaring, de huisarts qualitate qua eigen in dezen.

LITERATUUR

¹ Werken Chr van der, Marti R. „Gelukkig is uw enkel niet gebroken, hooguit verstuikt”. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2129-32.

Groningen, januari 1983

T.A. TANJA
A.J. LAMERIS
P. BEUGER
G.H. VAN DER WOUDE

Wij danken de vier Groningse huisartsen voor hun kritische kanttekeningen bij onze klinische les over „distorsies” van enkel en voet. Op de eerste-hulpafdeling van ziekenhuizen wordt zeker niet bij elke patiënt met een „verstuikte” enkel röntgenonderzoek verricht. Onze adviezen voor diagnostiek en behandeling gelden uitsluitend patiënten, bij wie op grond van anamnese en klinisch beeld min of meer ernstige traumatische afwijkingen worden vermoed. Een deel van deze patiënten wordt om deze reden door huisartsen verwezen.

Bij discrepantie tussen kliniek en objectieve bevindingen

is het nuttig om de beschreven letsels op de supinatielij van de voet te kennen en er gericht naar te zoeken. Wij kunnen ons voorstellen dat u moeite heeft met ons advies het röntgenonderzoek te herhalen als er *nog* klachten bestaan na 2 à 3 weken. Inderdaad heeft een groot deel der patiënten met een eenvoudige enkeldistorsie dan nog *restklachten*. Indien, zoals wij schrijven, na enkele weken de klachten *aanhouden*, derhalve niet of nauwelijks zijn afgenomen, misschien zelfs zijn verergerd, mag het letsel niet worden gebagatelliseerd en moet onzes inziens gericht röntgenonderzoek worden herhaald. Het was zeker niet onze bedoeling voorbij te gaan aan de diagnostische kennis en ervaring van huisartsen en daarmee hun vak uit te hollen. Onze aanbevelingen laten ruimte voor gerichte verwijzing en dito diagnostiek en behandeling.

Nijmegen,
Amsterdam, februari 1983

CHR. VAN DER WERKEN
R. MARTI

De hardnekkige hoest: een crux medicorum?

Collega Sluiter breekt in zijn klinische les een lans voor de bepaling van de circulatietijd bij linksdecompensatie.¹ Wij vragen ons als huisarts af in hoeverre de circulatietijdmeting bruikbaar is in de algemene praktijk als we de volgende punten in aanmerking nemen: (1) de circulatietijd is moeilijk te bepalen onder huiselijke omstandigheden (slechte verlichting, opwindning van de patiënt en familie enz.); (2) de normale waarde vertoont een grote spreiding (7,0-20,8 seconden);² (3) onlangs werd in het Tijdschrift de circulatietijd als onbetrouwbaar diagnosticum aangemerkt;³ (4) collega Sluiter geeft zelf in zijn proefschrift aan, dat bij 6 van de 23 rechtsdecompensaties (= 26%!) de circulatietijd 20 seconden of langer bedroeg! Deze is dus niet specifiek voor linksdecompensatie.⁴

Daar wij als huisarts de patiënt vaak zien met het nog niet volledig ontwikkelde beeld van een linksdecompensatie onder huiselijke omstandigheden, is eenvoudige diagnostiek welkom. We weten dat de verschijnselen afhankelijk zijn van de lichaamshouding; klassiek is de dyspnoe enkele uren na het naar bed gaan. Willen we daar niet op wachten dan kan de volgende test een aanwijzing geven: Men laat de patiënt op de rug liggen met de benen loodrecht omhoog. Na enige tijd kan men dan duidelijker het basale crepiteren horen. Deze test is beslist eenvoudiger uit te voeren in de huisartspraktijk dan de bepaling van de circulatietijd.

LITERATUUR

- 1 Sluiter HJ. De hardnekkige hoest: een crux medicorum? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2-6.
- 2 Altman L, Dittmer D. Respiration and circulation. Bethesda Maryland, Federation of American Societies for Experimental Biology. 1971: 419.
- 3 Anonymus. Bepaling van de circulatietijd met behulp van magnesiumsulfaat. (Vraag 22). Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 871, 1643.
- 4 Sluiter HJ. Cor pulmonale. Groningen, 1955: 147. Proefschrift.

Groningen, januari 1983

A. KNOL
P.J. KINGMA

Ik dank de collegae Knol en Kingma voor hun commentaar waarbij ik graag wat kanttekeningen maak. In het afgelopen jaar is het punt van de circulatietijd meermalen in discussie geweest in het Tijdschrift,¹ waarbij voor- en tegenstanders elkaar niet hebben weten te overtuigen. Het

lijkt mij niet juist er nu weer uitvoerig op in te gaan. Ik beperk mij tot een reactie op de door Knol en Kingma genoemde punten.

(1) Ik ken verschillende huisartsen die vele jaren met grote tevredenheid gebruik hebben gemaakt van de circulatietijdbepaling bij de patiënt thuis, vaak onder de geschilderde moeilijke omstandigheden. Van groot belang zijn een goede techniek (dikke naald, snelle injectie, arm in lichte abductie) en een patiënt die in staat en bereid is mee te werken nadat de procedure uitvoerig is toegelicht.

(2) Op grond van mijn ervaring met honderden circulatietijden kan ik de geciteerde grote spreiding niet bevestigen. Ik heb hierover geen systematisch onderzoek verricht. Veel staat en valt met de onder (1) genoemde onderzoeksvoorwaarden.

(3) De circulatietijd met MgSO₄ moet gezien worden als een onderdeel van het pakket informatie waartoe ook de anamnese en lichamelijk onderzoek behoren. In klinisch duidelijke gevallen van linksdecompensatie of bronchusobstructie is de behoefte aan bijkomstige informatie van de circulatietijd niet zo groot, dit in tegenstelling tot de niet zo zeldzame diagnostische puzzels die vooral de oudere patiënt op de late avond ons kan bieden. Onder die omstandigheden is het prettig te weten dat een circulatietijd die korter is dan 12-13 seconden zelden bij een linksdecompensatie wordt gevonden, terwijl een tijd boven de 20 seconden veelal wijst op een (tevens) aanwezige linksdecompensatie (een uitzondering is bijv. de langere circulatietijd die nogal eens bij patiënten met boezemfibrilleren wordt gevonden). Tussen de 13 en 20 seconden ligt een „grijs” gebied waarin een enkele uitslag niet zoveel zegt, maar een verandering in de loop van de ziekte nog weleens waardevolle informatie betekent.

(4) In mijn proefschrift hanteerde ik de bovengrens van 25 seconden nog als maat waarboven de kans op een linksdecompensatie groot mag worden geacht. In de loop van de bijna 30 jaar ervaring heb ik die grens wat naar beneden verschoven (zie (3)).

Knol en Kingma pleiten in hun brief voor eenvoudige diagnostiek voor de huisarts van de niet volledig ontwikkelde linksdecompensatie. Het spijt mij voor hen, maar ook de CARA-patiënt wil nog wel eens enkele uren na het naar bed gaan kortademig worden, zodat het tijdstip waarop iemand kortademig wordt niet zo heel veel zegt. De door hen aanbevolen test lijkt mij nogal hardhandig en is misschien zelfs niet ongevaarlijk; als patiënt zou ik de voorkeur aan een circulatietijd geven.

LITERATUUR

- 1 Anonymus. Bepaling van de circulatietijd met behulp van magnesiumsulfaat. (Vraag 22). Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 871, 1643.

Groningen, februari 1983

H.J. SLUITER

Een schokelement op nieuwjaarsdag doet mij als medicus weer eens wat ophoesten. Dat de hardnekkige hoest een crux medicorum voor de longarts was, is ons bekend; dat er in een klinische les op 1 januari aandacht aan wordt geschonken en de patiënt er niet meer mee hoeft te leven, doet ons als KNO-artsen genoegen.¹

Het is echter nog niet goed doorgedrongen dat hoest vaak de enige klacht is van patiënten met chronische aandoeningen van de slijmvliezen van de neus, neusbijholten of tonsillen. Pijn komt alleen maar voor bij stuwung. De hinderlijke hypersecretie kan voor sommigen in het begin een prikkel zijn tot veelvuldig snuiten en snuffelen en schrapen, maar daar het „snot” naar de oro- en hypoph-