

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-

rynx wordt afgevoerd, zal al snel deze prikkel daar worden gevoeld (zie o.a. klinische les „De bril op de neus”²).

De „post nasal drip”, zoals beschreven door Sluiter, waarbij de patiënt voelt dat er achter in de keel iets neer„druppelt”, wordt alleen ervaren bij patiënten met een overmatige slijmproductie waarbij het doorslikmechanisme niet meer goed kan functioneren. Dit kan o.a. gebeuren wanneer na een niet lege artis verrichte tonsillectomie de pharynxbogen zijn verlittekend. Wij hebben niet ervaren dat de consistentie van het secreet bepaalt of de patiënt wel of niet gaat hoesten. Wel zijn naar onze mening de hyperreactiviteit van de slijmvliezen en de keelreflex belangrijk. Een ieder kent de patiënt die direct een hoestbui krijgt wanneer een spatel op de tong wordt gelegd. Histaminedrempelbepaling met behulp van neusprovocatie is soms een goed diagnosticum om hyperreactiviteit te kwantificeren.

Patiënt A droeg een strak korset, en bij het spreken ging zij al hoesten. Is dit niet een bewijs dat de goede flankademhaling verdwenen is en heeft plaats gemaakt voor een hoog thoracale ademhaling met gebruik van de nekspieren? Behalve hypoventilatie ontstaat hierdoor een constant overbelaste larynx. De patiënten gaan hierdoor keelschrapen en veelvuldig slikken en hoesten. Had patiënt A een KNO-arts bezocht en was de longarts niet afgegaan op de mededeling van patiënte dat zij geen neusklachten had, dan had geconstateerd kunnen worden of zij ook een pathologische mondademhaling had of een chronische tonsillitis. Ook is het onze mening dat het bij een goede begeleiding mogelijk is meer dan 80% van de hoesters te leren hoe zij van het hoesten kunnen afkomen. Veelal kan dit zonder medicamenteuze behandeling, wel is vaak samenwerking met fysiotherapeut of logopedist nodig. Wij willen uitdrukkelijk stellen dat bij hardnekkig hoestende patiënten het oordeel van de KNO-arts en zijn visie op het adempatroon van de patiënt van wezenlijk; zo niet van doorslaggevend belang kan zijn. Men moet afleren uitsluitend de mening van de patiënt over al dan niet aanwezige „post nasal drip” en neus-sinuskklachten in aanmerking te nemen.

Mogen ook wij de wens uitspreken dat er in het nieuwe jaar een veel betere samenwerking tussen longarts en KNO-arts tot stand zal komen!

LITERATUUR

- 1 Sluiter HJ. De hardnekkige hoest: een crux medicorum? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2-6.
- 2 Dishoeck EA van, Wal RJ van der. De bril op de neus. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 865-8.

Amsterdam, januari 1983

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

Ik dank de collegae Van Dishoeck en Van der Wal voor hun belangstelling. Een klinische les is noodgedwongen

summier; als hierdoor misverstanden ontstaan, is dat jammer. De teneur van deze les was dat de hardnekkige hoest meestal niet een crux medicorum behoeft te zijn, maar dat analyse van oorzaken en (soms) ook de behandeling veelal een multidisciplinaire aanpak vereisen. De ziektegeschiedenis van mevrouw A vormde van beide aspecten een goede illustratie. Dat de KNO-arts in dezen een belangrijke rol speelt, was voor mijn gevoel zo evident, dat ik aparte vermelding overbodig achtte. In het verleden werd bij mevrouw A éénmaal door de KNO-arts een neusbijholteontsteking gevonden; daarna leverde het onderzoek geen afwijkingen meer op. Tijdens observatie op onze afdeling werden ook nog een histamine- en een huisstof-neusprovocatietest verricht, beide met negatief resultaat. Wij zien vrij geregeld het door Van Dishoeck en Van der Wal beschreven ademhalingsstype, gelukkig zonder dat hardnekkige prikkelhoest als klacht wordt gemeld.

De slotwens van genoemde collegae is, wat ons ziekenhuis betreft, vergelijkbaar met pogingen het evangelie te verkondigen aan bekeerden: de samenwerking longarts-KNO-arts kan voor mijn gevoel niet beter en ik meen te weten dat de andere partij er net zo over denkt.

Groningen, februari 1983

H.J. SLUITER

Klinische genetica

Het nummer van 4 december 1982 van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde bevat een groot aantal boeiende aspecten van de klinische genetica en geeft daarenboven veel praktische informatie. Op bladzijde 2251 is een adreslijst opgenomen van de academische klinisch-genetische centra in Nederland. Daarin wordt ook een aantal centra voor prenatale diagnostiek vermeld.

Wij betreuren het bijzonder dat de polikliniek Verloskunde van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit daarin niet genoemd wordt, aangezien dit centrum participeert zowel in de prenatale diagnostiek d.m.v. amnionpuncties, als in de steeds belangrijker wordende echoscopische prenatale diagnostiek. Wij doen dit in nauwe samenwerking met het Instituut voor Menselijke Erfelijkheid van de Universiteit van Amsterdam en met het Antropogenetisch Instituut van de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Het adres van dit centrum voor prenatale diagnostiek luidt: Polikliniek Verloskunde van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit, Amstelveenseweg 601, 1007 MB Amsterdam; tel. 020-548 5247/548 5248.

Amsterdam, januari 1983

J.G. STOLK
J.I. PUYENBROEK

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Een hoog omslagpercentage van de tuberculine reactie bij Indochinese vluchtelingen. – Bij het gezondheidsonderzoek van vluchtelingen uit Indo-China bleek meer dan 50% een

positieve tuberculine reactie te hebben. Om na te gaan of de negatief reagerenden in de eerste besmettingsfase van tuberculose verkeerden, werd de tuberculine reactie bij 217 van hen na 60 dagen herhaald. Daarbij bleek dat bij 94 (43%) van hen de Mantoux-reactie naar positief (≥ 10 mm) was omgeslagen. Zoals gebruikelijk werden deze „conver-