

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-sinusklachten 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 DISHOECK
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 Erfelijkheidssleer 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-