

De dexamethason-suppressietest als hulpmiddel in de psychiatrie

In hun artikel schrijven Veefkind en Thieme¹ dat anorexia nervosa de dexamethason-suppressietest (DST) bij psychiatrische toepassing fout-positief kan laten uitvallen. Op grond van klinische waarnemingen en na literatuuronderzoek willen wij daarbij een kanttekening plaatsen. Sedert de invoering van de DST in onze kliniek in het voorjaar van 1981 verzamelden wij enige honderden testuitslagen en vergeleken deze met de klinische observaties van de proefpersonen. Wij namen hierbij bij herhaling een ernstig gestoorde DST-uitslag waar bij patiënten met anorexia nervosa. In het verloop van de gecombineerde behandeling met psychotherapie en anti-depressiva bleek het weer normaal worden van de DST een voorbode te zijn van klinische verbetering in de zin van gewichtstoename, verbeterde stemming en minder dwangmatige verschijnselen. Uiteraard kan deze verbetering post aut propter samenhangen met de genezing van een bijkomende depressie bij onze patiënten. Desondanks durven wij ons aan te sluiten bij Gerner,² die na overeenkomstige waarnemingen opperde dat normaal worden van de DST een eigen voorspellende waarde kan hebben voor verbetering van de anorexia nervosa.

Het is te hopen dat verder onderzoek meer licht zal werpen op de samenhang tussen DST en anorexia nervosa.

LITERATUUR

- ¹ Veefkind AH, Thieme RE. De dexamethason-suppressietest als hulpmiddel in de psychiatrie. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1866-9.
- ² Gerner RH, Gwirtsman HE. Abnormalities of D.S.T. and urinary MHPG in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1981; 138: 650-3.

Nijmegen, november 1982

J.L.J.M. PEETERS
P.H.P. JANSEN

Tachtig internisten per jaar voor de jaren tachtig

Met belangstelling heb ik het Commentaar van Van der Meer gelezen.¹ Er wordt een aantal behartigenswaardige dingen in gezegd. Ik deel met hem de zorg over de hoge kosten van de gezondheidszorg; ik weet alleen niet of ze té hoog zijn. Ik vrees met hem de bezuinigingsplannen van de regering die meer op onmiddellijk effect aansturen dan dat zij als uiting van weloverwogen planning mogen worden beschouwd. Verder maakt men zich niet alleen in internistenkringen zorgen over de dreigende werkloosheid van de aankomende generatie; ook binnen andere specialismen beraadt men zich over de beste wijze waarop aan deze dreiging of reeds ontstane situatie het hoofd kan worden geboden.

Van der Meer vestigt terecht nog eens de aandacht op het grote belang van goede anamnese voor het diagnostische proces. Ik ben het met hem eens dat als er meer gedacht en minder werd gedaan, de gezondheidszorg aanzienlijk goedkoper zou kunnen worden. Tot zover mijn adhesie met zijn betoog.

Van der Meer schildert de gang van de patiënt van huisarts, via internist, naar deelspecialist. Nauw verholen wordt gesuggereerd dat de deelspecialist vooral de doener

is, die, en ik citeer, „zekerheid wil verschaffen en zijn meesterschap op zijn terrein wil tonen. Zo zal de longarts doorgaans niet rusten voordat de vlek op de thoraxfoto in histologische termen gevangen is, . . .”. In de figuur, ontleend aan Bolinger, tekent Van der Meer een kostenlijn die steil oploopt in het gebied van de deelspecialist. De implicaties zijn duidelijk: deelspecialisten denken minder en doen (maar?) en maken het allemaal zo duur. De aangedragen oplossing ligt dan ook voor de hand: stop er wat meer internisten in, gooi er eventueel nog een computer tegenaan, en het zal allemaal wel beter gaan.

Als longarts-deelspecialist zou ik het betoog van Van der Meer als een wat ongenueanceerde oratio pro domo naast mij neer kunnen leggen. Omdat in de praktijk blijkt dat hij niet alleen staat in zijn mening, vind ik dat een reactie vereist is. Uiteraard ken ik ook de collega-longarts die, helaas, meer doet dan denkt en die zekerheid wil ten koste van veel, soms te veel. Ik ken echter ook vele longartsen (en waarom zou dit ook niet voor de andere deelspecialisten gelden) die bezonnen en weloverwogen hun gang gaan, gewapend met een grote kennis en kunde (en niet alleen maar handvaardigheid!) en die waar nodig en verantwoord heel wel met onzekerheid kunnen leven. Ik ken verder talrijke internisten die na een zorgvuldig onderzoek een patiënt naar de deelspecialist verwijzen omdat zij zowel de grenzen van hun eigen kunnen als de mogelijkheden van de specialist kennen. Ik ken echter ook de niet zo zeldzame patiënten die uiteindelijk bij de longarts belanden nadat zij uitvoerig internistisch zijn bekeken en waarbij men zich in gemoede af kan vragen of met een beetje meer kennis en nadenken de patiënt niet een lange lijdensweg en de gemeenschap veel kosten hadden kunnen worden bespaard.

Gelukkig loopt in Nederland de weg van huisarts naar deelspecialist niet zonder meer via de internist. Gelukkig hebben patiënt en huisarts in het algemeen voldoende kritisch inzicht om de juiste weg te kiezen indien verwezen moet worden. Zolang in Nederland vrije artskeuze bestaat en kwaliteitsnormen mede door patiënt en huisarts kunnen worden betrokken bij de verwijzing voor (deel)specialistisch onderzoek zie ik de plannen van collega Van der Meer nog niet gerealiseerd worden.

LITERATUUR

- ¹ Meer J van der. Tachtig internisten per jaar voor de jaren tachtig. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 304-5.

Groningen, februari 1983

H.J. SLUITER

Met het Commentaar van Van der Meer ben ik het zeer wel eens, zeker met de conclusies, aanbevelingen en aandacht voor achtergronden en methoden van geneeskundig handelen.¹ Er is echter één onderdeel van het verhaal, één generalisatie waarover ik iets zou willen opmerken.

Het is niet altijd zo dat directe verwijzing van de huisarts, die een steeds betere algemeen internistische opleiding en nascholing kan ontvangen, naar een deelspecialist tot grote kostenstijging aanleiding geeft. Van der Meer schetst de route van huisarts naar internist, naar longarts, cardioloog of gastro-enteroloog, waarbij de genoemde deelspecialisten altijd moderne tijdovende kostbare diagnostische methoden toepassen. Een directe verwijzing naar het deelspecialisme reumatologie voor een patiënt met een inwendige ziekte waarbij ook het bewegingsapparaat betrokken is, bijv. reumatoïde arthritis, is zelfs goedkoper dan een verwijzing naar de internist en er zijn bijna nooit dure

technieken nodig. Als reumatoloog maak ik het bovendien mee dat patiënten met een atypisch beginnende, bizar verlopende of sero-negatieve polyarthritis langdurig en kostbaar internistisch zijn onderzocht, en patiënten met beginnende spondylitis ankylopoetica wegens rugklachten en een hoge BSE een rondgang langs diverse specialisten, waaronder de internist, hebben gemaakt.

Patroonherkenning tijdens de eerste minuten van een diagnostisch consult voor patiënten met een systeemziekte blijft helaas esoterisch maar hoeft geen extra kosten met zich mee te brengen.

LITERATUUR

¹ Meer J van der. Tachtig internisten per jaar voor de jaren tachtig. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 304-5.

Eindhoven, februari 1983 A.W.A.M. van RIJTHOVEN

De reacties van Sluiter en Van Rijthoven geven mij de gelegenheid voor een herkansing om een aantal punten uit mijn betoog te verduidelijken. Sluiter heeft gelijk wanneer hij in mijn betoog een oratio pro domo hoort, maar dan wel bedoeld voor het gebouw van de geneeskunde waarin hij ook thuishoort.

Het is zonder meer duidelijk dat de gemeenschap in Nederland niet meer kan (of wil) spenderen aan de gezondheidszorg. Ondanks dat zullen technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen niet stilstaan. De NMR-machines worden al gemonteerd; de beenmergtransplantatie staat op het punt op grotere schaal te worden toegepast. Dergelijke vernieuwingen moeten mogelijk blijven. Binnen het gebied van de Inwendige Geneeskunde zullen deelspecialisten aan deze frontlines een belangrijker rol spelen dan algemene internisten. Technologische vooruitgang en klinisch wetenschappelijk onderzoek zullen ten koste gaan van andere aspecten van de gezondheidszorg. De budgettering van de ziekenhuizen is alvast een eerste oefening. Het zou rampzalig zijn als bezuinigingen de tijd en aandacht voor de individuele patiënt verminderen. Er zal dan ook in eerste instantie bezuinigd moeten worden op de richtingen.

Als u op dit moment gastro-enterologen en chirurgen laat discussiëren over het onderzoek dat bij een patiënt met galstuwung moet worden verricht, is er een grote kans dat u eindigt met de complete lijst van röntgenologisch galblaas-onderzoek tot en met ERCP. Het is merkwaardig dat de invoering van nieuwe diagnostische methoden, die met veel enthousiasme worden geïntroduceerd, zo zelden leidt tot verdwijning van inferieur geachte vormen van onderzoek. Wanneer Sluiter het boekje met de algemene tarieven voor de academische ziekenhuizen doorbladert, ziet hij een overdadig diagnostisch menu; raadpleging van de bijbehorende prijslijst maakt begrijpelijk dat de lijn van de kosten die ik heb getekend, in de buurt van de deelspecialistische geneeskunde omhoog gaat.

Als opleidingsklinieken moeten de academische klinieken een belangrijke rol spelen bij de beheersing van de totale kosten van het diagnostische proces. Tot nu toe met weinig succes, zoals blijkt uit het eindrapport van de Commissie Structuur Honorering Medische Specialist (de Commissie Van Mansvelt), waarin academische geneeskunde gelijk gesteld wordt aan dure geneeskunde. Het is voor de toekomst van de interne geneeskunde inclusief de deelspecialismen van levensbelang dat dit beeld verandert.

Om gericht de volgende stap in de interne diagnostiek te kunnen kiezen moet tijd om na te denken en een brede

kennis van de inwendige geneeskunde beschikbaar zijn. Wanneer huisarts en deelspecialist aan deze voorwaarden voldoen, zie ik geen principieel bezwaar tegen rechtstreekse verwijzing van huisarts naar deelspecialist. Waar het mij (en Sluiter kennelijk ook) om gaat is dat zonder kennis van zaken geen specialistische diagnostiek moet worden aangevraagd. Het is de vraag of veel huisartsen met hun toegenomen bemoeienissen in de psychosociale sfeer die benodigde kennis hebben. Verder zijn er in deelspecialistische kringen nogal wat centrifugale krachten werkzaam. Mijn stelling blijft dan ook dat er in de huidige situatie voorlopig nog werk genoeg is voor de artsen die nu tot internist worden opgeleid.

De op het ogenblik te hard werkende internisten moeten zeker plaats voor deze generatie kunnen maken, zonder dat dit hoeft te leiden tot verhoging van de kosten. Ik voel mij in deze opvatting gesteund door de reacties van Sluiter en Van Rijthoven, die beiden ook kennis en nadenken belangrijker vinden dan (laten) doen.

Amsterdam, februari 1983

J. VAN DER MEER

De frequentie van niet normaal ingedaalde testes bij jonge kinderen

Het artikel van Hirasig et al. trok onze aandacht wegens de mededeling in de samenvatting, dat de frequentie van operatie op de leeftijd van 2 jaar niet hoger behoort te liggen dan op latere leeftijd.¹

Bij nadere bestudering van het artikel rezen echter een aantal vragen omtrent de onderzoeksgegevens waarop die conclusie werd gebaseerd:

1. Aan consultatiebureau-artsen werd gevraagd om op de kaart van 35 jongetjes met één of twee niet-ingedaalde testikels de plaats van de testes na te gaan. Wij hebben de indruk dat deze consultatiebureau-artsen tevoren niet werden geïnstrueerd aangaande de fysische diagnostiek en de registratie daarvan; hierover wordt althans in het artikel niets vermeld. Ook is niet duidelijk hoeveel verschillende consultatiebureau-artsen deze kinderen hebben onderzocht, m.a.w. of de notities op de kaarten wel ondubbelzinnig zijn geweest.

2. De bevindingen bij 25 jongetjes, over wie gegevens beschikbaar kwamen, worden geëxtrapoleerd naar een aantal van 35; het verkregen aantal wordt vervolgens betrokken op het totaal van 1781 mannelijke neonati. Dit roept twijfel op over de statistische betrouwbaarheid van het gevonden percentage.

3. Bij 4 van de 16 jongetjes (25%), bij wie de testes uiteindelijk spontaan indaalden, is het tijdstip van indalen onbekend; dit kan dus geruime tijd na het tweede jaar hebben plaatsgevonden. Een en ander maakt het genoemde percentage niet-ingedaalde testes op de leeftijd van 2 jaar nog dubieuzer.

4. Het percentage niet-ingedaalde testes uit dit onderzoek, op 2-jarige leeftijd, wordt vergeleken met percentages uit buitenlandse onderzoeken op leeftijden van respectievelijk 1 en 3 jaar en bij schoolkinderen. Aangezien de percentages volgens de auteurs onderling weinig verschillen, wordt vervolgens aangenomen, dat de frequentie van niet-ingedaalde testes bij Nederlandse dienstplichtigen ook wel weinig zal verschillen van die bij respectievelijk Deense en Amerikaanse dienstplichtigen uit de periode 1945-1948, waarover gegevens beschikbaar zijn.