

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Intraveneuze vochttoevoer bij stervenden

Vraag 30. In mijn werk als verpleeghuisarts word ik bij de begeleiding van „terminale patiënten” vaak geplaatst voor de keuze: wel of niet tot het einde kunstmatig vocht toedienen (parenteraal of per neussonde). Tot nu toe kon ik aardig overweg – mede op grond van waarneming in de praktijk – met wat Leering schrijft: „Bij oude mensen is het dorstgevoel vaak verdwenen en de patiënt overlijdt, zonder pijn of angst, aan een uremisch coma. (-). Bij het geven van een „hypo” behandelen we vaker onze eigen machteloosheid (-) dan een lijden van de patiënt.”¹

Recente opmerkingen hebben mij nu enigszins aan het twijfelen gebracht. Zo schrijft Hendrickx: „De arts moet zorgen (-) voor infusie van vocht ter voorkoming van dorst (een van de vaak voorkomende en meest irriterende ergernissen van stervenden) (-).”², gevolgd door Dunning: „Wie bij een stervende het infuus verwijderd voegt een heleboel dorst aan de doodsstrijd toe.”³ Is hier een „controverse in de geneeskunde?” Gaarne uw visie.

LITERATUUR

¹ Leering C. Euthanasie in het verpleeghuis; de problematiek rondom het sterven. In: Euthanasie. Leiden: Stafleu, 1977: 251.

² Hendrickx HHL. Discussie euthanasie. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1698-1700.

³ Dunning AJ. Interview in de Volkskrant van 23-10-1982.

Antwoord. Sterven vindt niet plaats door ouderdom maar door ziekte of ongeval en de stervensfase wordt mede gekarakteriseerd door de veroorzakende aandoening. Het lichamelijke lijden wordt veelal gekenmerkt door pijn, kortademigheid, misselijkheid, braken, dysfagie en verstikkingsgevoel, verschijnselen die afhankelijk van het bewustzijn worden waargenomen.^{1 2} Dorst wordt daarbij zelden vermeld hoewel het tot de kruiswoorden behoort. Misselijkheid, braken, „forward failure”, koorts, uitdroging en juist uremie dragen echter alle bij tot dat dorstgevoel, dat door orale vochttoediening onder die omstandigheden nauwelijks gelest kan worden. In die omstandigheden is, afhankelijk van bewustzijn en stervensfase, vochttoediening per intraveneus infuus of hypodermoclyse één van de mogelijkheden om het lichamelijke lijden van de stervende te verlichten.

LITERATUUR

¹ Exton-Smith AN. Terminal illness in the aged. Lancet 1961; ii: 395-8.

² Saunders C, Summers PH, Tiller N, eds. Hospice: the living idea. London: Edward Arnold, 1981.

REDACTIE

INGEZONDEN

Nefropathie door gebrek aan vitamine B

In het antwoord op vraag 18¹ staat: „Ook bij tekort aan vitamine B₁₂ (cyanocobalamine) kan, . . . ” Onder normale omstandigheden is slechts een klein percentage van vitami-

ne B₁₂ aanwezig als cyano-B₁₂. Het lijkt ons derhalve onjuist om cyanocobalamine gelijk te stellen aan vitamine B₁₂. Bovendien zou het kunnen suggereren dat vitamine B₁₂-tekort behandeld dient te worden met cyanocobalamine. Tegenwoordig is het gebruikelijk om vitamine B₁₂-tekort te behandelen met hydroxocobalamine.

LITERATUUR

¹ Nefropathie door gebrek aan vitamine B (Vraag 18). Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 562.

Amsterdam, april 1983

B.J.J. ANSINK
J.E. PLOEM

Naar aanleiding van het commentaar van Ansink en Ploem op het antwoord op vraag 18 hebben wij de volgende overwegingen. Inderdaad is het niet juist om vitamine B₁₂ gelijk te stellen aan cyanocobalamine. Overigens wordt dat in het Geneeskundig Jaarboek wel gedaan. Wat betreft de voorkeur voor hydroxocobalamine bij de therapie: dit is inderdaad het gangbare standpunt en ook wij zouden – als wij nog eens een patiënt zagen met gecombineerde strengziekte – hydroxocobalamine gebruiken. Overigens vermeldt de laatste druk van Goodman and Gilman dat door anderen hydroxocobalamine wordt afgeraden, omdat het aanleiding kan geven tot de vorming van antistoffen.

Deze opmerkingen zijn niet van groot belang, zeker niet in relatie tot het antwoord op de gestelde vraag. Daarom zou een reactie op deze reactie o.i. enigszins ontaarden in Rechthaberei.

Medicamenten ter behandeling van beginnende dementie

Het antwoord van de redactie op vraag 54 was ontkenend.¹ Wij zijn het er mee eens dat men in het algemeen kan stellen, dat er in de hedendaagse geneeskunde geen medicamenten beschikbaar zijn die een degeneratief proces, van welk orgaansysteem dan ook, kunnen tegengaan. Wij beschikken echter wel over een aantal onderzoeken waarin co-dergocrine (Hydergine) het toestandsbeeld van de patiënt met beginnende dementie verbetert.

Cole en Branconnier concluderen, na evaluatie van de therapeutische werking van verschillende psychofarmacologische actieve producten bij seniele dementie: „if true senile dementia is clearly present, the best available drug therapy are Hydergine and pentylentetrazol, with Hydergine having better evidence for efficacy”.² Kugler e.a. concluderen, na een 15 maanden durend dubbelblind onderzoek met behulp van uitgebreide psychometrische tests, EEG-analyses en metingen van de cerebrale circulatietijd bij 100 patiënten met cerebrale insufficiëntie, dat co-dergocrine (4,5 mg/dag) de achteruitgang compenseert die in de placebo-groep wel optreedt en de symptomen stabiliseert of verbetert.³ Cox e.a. beschrijven hun resultaten na een klinisch onderzoek met co-dergocrine bij seniele dementie, als volgt: „Drugs will help if dementing patients are caught early. While most patients responded well to Hydergine in a recent hospital study, patient selection and early treatment were significant