

besproken diagnoses blijven dan nog buiten beschouwing.

Het Nationaal Ziekenhuis Instituut stelt de *totale* kosten van klinische behandeling en verpleging op f 490,- per dag. Dit zou betekenen, dat de genoemde 120.000 verpleegdagen een bedrag opeisen van 59 miljoen gulden. Wellicht vraagt de met alcoholgebruik samenhangende schade door verkeersongevallen een veelvoud van dit bedrag. Deze f 59 miljoen verdwijnen overigens in het niet bij de som, die de staat jaarlijks aan accijns op alcoholische dranken ontvangt. In 1981 was dit omstreeks 1½ miljard gulden.<sup>6</sup>

#### SUMMARY

*Hospital admissions because of excessive use of alcohol.* – The rise of the consumption of alcohol, described earlier, is continuing. The numbers of patients admitted to hospital because of diseases due (in part) to alcohol have increased markedly in the last 13 years. The conditions in question include alcoholism, alcoholic psychosis, Laennec's cirrhosis of the liver and certain types of neoplasia. The rises in the age groups of 25-34 and 35-44 years are particularly alarming.

## BRIEVEN AAN DE REDACTIE

### *Onjuist voorstel voor de behandeling van patiënten met CARA door farmaceutische firma*

H.J. SLUITER, MEDE NAMENS G.H. KOËTER, J.G.R. DE MONCHY EN K. DE VRIES

De firma Glaxo maakt thans met behulp van een folder reclame voor 2 van haar produkten, een bèta-2-sympathicomimeticum en een inhalatie-corticosteroid. Beide preparaten kunnen een toepassingsgebied hebben bij de behandeling van de CARA-patiënt. In genoemde folder, bestemd voor de huisarts, is een beslissingsschema opgenomen waaruit moet blijken hoe eenvoudig en recht-toe-recht-aan de behandeling van de CARA-patiënt wel is. Als het sputum blank is, moet bij de patiënt een piekstroomwaarde van de uitademingslucht worden bepaald; het hiervoor benodigde apparaat is bij de firma verkrijgbaar. Als er een stijging van de piekstroomwaarde optreedt na inhalatie van het bèta-2-mimeticum, wordt geadviseerd de patiënt met dit medicament te behandelen. Als er na 14 dagen tot 2 maanden onvoldoende vermindering van de klachten wordt bereikt, moet een ander medicament worden toegevoegd; dit is – u raadt het al – het door de firma

Afdelingen Longziekten en Allergologie van het Academisch Ziekenhuis te Groningen.

It can be stated of certain pathological conditions that the number of hospital admissions because of them, especially in women between 35 and 54 years at present amounts to a multiple of the figure of 10 years ago. The admission rate of women because of alcoholism in 1981 was almost as high as the number of admissions of men in 1969.

A hospital of approx. 400 beds would be required for the clinical treatment of the principal pathological conditions discussed in this article. There is some evidence to suggest that the actual situation is worse than could be demonstrated in this report.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Hoogendoorn D. Patiënten, opgenomen wegens misbruik van alcohol. Ned Tijdschr Geneesk 1976; 120: 178-80.
- <sup>2</sup> Hoogendoorn D. Het toenemend gebruik van alcohol en de stijgende frequentie van enkele (mede) door alcohol veroorzaakte ziekten. Ned Tijdschr Geneesk 1978; 122: 1275-80.
- <sup>3</sup> Sherlock S. Introduction. In: Sherlock S, ed. Alcohol and disease. Br Med Bull 1982; 38: 1-2.
- <sup>4</sup> Lake-Labaar G. Alcohol and the pancreas. In: Sherlock S, ed. Alcohol and disease. Br Med Bull 1982; 38: 57-61.
- <sup>5</sup> Hoogendoorn D. Patiënten, opgenomen wegens ongewenste gevolgen van het gecombineerde gebruik van alcohol en bepaalde medicamenten. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 835-7.
- <sup>6</sup> Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch Zakboek 1982. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.

Januari 1983

geproduceerde inhalatie-corticosteroid. Als dan na enkele maanden nog onvoldoende effect blijkt te zijn behaald, wordt geadviseerd specialistisch advies in te winnen. Als daarentegen een gunstig resultaat van de toediening van één of beide medicamenten wordt waargenomen, moet de medicatie worden voortgezet.

Zo simpel is de CARA-behandeling – helaas – niet. Ik ga hier niet uitvoerig op in; in dit tijdschrift is hierover meermalen gepubliceerd, o.a. nog in 1982.<sup>1</sup> Het beslissingsschema van de folder gaat uit van een schablone-behandeling, waarbij alle CARA-patiënten die een aantal kenmerken gemeen hebben, over een zelfde kam worden geschoren. Het gaat volledig voorbij aan de betekenis van een zorgvuldige anamnese, waarbij onder meer aandacht wordt geschonken aan woon- en werkomstandigheden, en aan eventuele intercurrente gebeurtenissen, zoals virusinfecties. Het schema voorziet op geen enkele wijze in de rationele beïnvloeding van pathogenetische mechanismen.

Als de huisarts zijn CARA-patiënten naar behoren wil behandelen, zal hij dit niet kunnen doen zonder voldoende kennis van het ziektebeeld, een goede anamnese, een goed onderzoek en een goede begeleiding. Onzes inziens is het in vele gevallen, zeker daar waar meer ernstige of langdurige klachten aanwezig zijn, raadzaam om ten minste eenmaal het specialistische advies te vragen. Het beslissingsschema van de

firma Glaxo is strijdig met een goede behandeling van de CARA.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Sluiter HJ, Orië NGM, Vries K de. Behandeling van CARA. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1921-8.

April 1983

## REFERATEN

### Cardiologie

#### *Snel digitaliseren bij acuut boezemfibrilleren*

Snel digitaliseren is de beste behandeling voor plotseling voorkomend boezemfibrilleren, vooral als de kamersfrequentie hoog is. Men neemt pas zijn toevlucht tot andere middelen zoals cardioversie, kinidine of  $\beta$ -blokkeerders wanneer, ondanks digitalis, herstel van het sinusritme uitblijft. Weiner et al. vonden enkele regels over verloop en kans op succes bij de behandeling met digitalis.<sup>1</sup> Zij zagen 45 patiënten, gemiddeld 64 jaar, bij wie binnen de twee voorafgaande weken 47 keer opeens boezemfibrilleren was ontstaan. De oorzaak van de ritmestoornis werd bij 21 patiënten geweten aan ischemisch hartlijden en (of) hypertensie, 4 hadden een acuut infarct, 3 mitralisstenose, 2 hyperthyreoïdie, 2 cardiomyopathie, 1 acuut reuma en 1 een cor pulmonale. Voor de 11 overigen was geen bekende oorzaak aanwijsbaar. Bij 7 patiënten ontstond het fibrilleren tijdens verblijf in het ziekenhuis waardoor zij al binnen een uur konden worden behandeld. Bij 25 anderen was het binnen de laatste 24 uur ontstaan. Aan het begin van de therapie gebruikten 7 patiënten al  $\frac{1}{4}$  mg digoxine daags; eventueel gebruik van andere medicamenten werd gestaakt. Men gaf de eerste 12 uur 1,5 mg digoxine intraveneus: eerst 0,5 mg, 4 uur later nogmaals 0,5 mg en na 8 en 12 uur telkens 0,25 mg. Het schema werd gewijzigd als het sinusritme zich intussen herstelde: digoxine werd dan niet meer intraveneus maar oraal toegediend, namelijk 0,5 mg per 24 uur. Het sinusritme kwam 40 keer (85%) terug tussen 50 minuten en 96 uur (gemiddeld 4 uur) na het begin van de behandeling. De overige 7 patiënten kregen na 48 uur digoxinegebruik bovendien kinidine, waarna bij 4 van hen het sinusritme terugkwam. Bij 37 van de 40 episoden van boezemfibrilleren (93%) die korter dan een week bestonden, keerde het sinusritme terug. Maar van de 7 aanvallen die langer dan een week bekend waren, maakten slechts 3 (43%) weer plaats voor het sinusritme. Door digitaliseren daalde de hartfrequentie, maar dit hield geen verband met de kans op succes. Het sinusritme keerde meestal terug bij een kamersfrequentie tussen 118 en 129 per minuut. Bij 2 patiënten liep in de eerste 4 uur van de behandeling de kamersfrequentie op tot meer dan 200 slagen per minuut. Zij kregen 5 mg verapamil intraveneus, waarna de kamersfrequentie aanzienlijk daalde, wat later werd gevolgd door herstel van het sinusritme.

De schrijvers erkennen dat zij door het ontbreken van een controlegroep niet hebben kunnen bewijzen dat digoxine

herstel van het sinusritme bevordert. Zij vinden echter wel een indirecte aanwijzing in het feit dat de voorafgaande duur van het boezemfibrilleren geen verband had met de tijd die herstel van het sinusritme in beslag nam. In elk geval is het raadzaam de behandeling van boezemfibrilleren dat nog niet lang bestaat, te beginnen met snel intraveneus digitaliseren.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Weiner P, Bassan MM, Jarchovsky J, et al. Am Heart J 1983; 105: 223.

S. BERREKLOUW

#### *Derde harttoon en mitralisstenose*

De 3e harttoon, indien versterkt het protodiastolische galopritme, is veelal geacht te worden veroorzaakt door trillingen die in de linker hartkamer ontstaan aan het einde van de snelle vullingsfase, vroeg in de diastole. Men neemt dan ook aan dat, ten gevolge van de moeizame vulling van de linker kamer bij mitralisstenose, hierbij géén derde toon (S<sub>3</sub>) waargenomen kan worden. Dat de gangbare verklaring voor het ontstaan van de derde harttoon onjuist is wordt aannemelijk gemaakt door een onderzoek van Gamble en Reddy.<sup>1</sup> Zij maakten o.a. fonocardiogrammen bij 100 patiënten met een mitralisstenose. Achttien van hen hadden een S<sub>3</sub>. Bij 15 van de 18 bestond een sinusritme, de overigen hadden boezemfibrilleren. Negen hadden, zij het in lichte mate, ook nog andere klepgebreken. Er waren tussen de groepen met en zonder S<sub>3</sub> geen verschillen in de ernst van de stenose. Wel hadden degenen met een S<sub>3</sub> een grotere hartindex, een hogere pulmonale wigdruk en waren zij gemiddeld jonger dan de overigen.

De schrijvers menen dat mitralisstenose wel degelijk samen kan gaan met een S<sub>3</sub> en dat de snelle vullingsfase in dit verband niet de betekenis heeft die er gewoonlijk aan is toegeschreven. Zij veronderstellen, mét anderen, dat de S<sub>3</sub> veeleer ontstaat door krachten die de linker kamer vroeg in de diastole op de borstwand uitoefent. Dit verklaart ook waarom het vóórkomen van een S<sub>3</sub> bij mitralisstenose niet verschilt van dat bij een normale populatie alsmede de samenhang met de leeftijd.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Gamble WH, Reddy PS. Preservation of the third heart sound in mitral stenosis. N Engl J Med 1983; 308:498-501.

J. GEERLING