

Dermatologie

Seborroe is geen kenmerk van seborroïsch eczeem

De betekenis van seborroe voor de pathogenese van seborroïsch eczeem wordt betwist. Seborroïsch eczeem wordt zelden waargenomen voor de puberteit. Het komt bij voorkeur voor op het behaarde hoofd, het gezicht en de borst, plaatsen die rijk zijn aan talgklieren. Actieve talgklieren schijnen dus noodzakelijk te zijn voor het ontstaan van seborroïsch eczeem. Veel patiënten met deze huidaan- doening lijken een vette huid en dus verhoogde sebumex- cretie te hebben. Hierover bestaat echter geen eenstemmig- heid.

In het verleden zijn enkele pogingen gedaan om de sebumexcretie te meten bij patiënten met seborroïsch eczeem. De resultaten hiervan waren niet met elkaar in overeenstemming. Burton en Pye hebben dit opnieuw onderzocht met een methode die nauwkeuriger was dan de vroegere.¹ Hiervoor gebruikten zij een door Cunliffe en

Shuster² gemodificeerde methode van Strauss en Pochi,³ waarbij sebum en andere lipiden van het voorhoofd geab- sorbeerd worden aan papier, totdat een folliculair patroon is verkregen. Bij 44 patiënten met seborroïsch eczeem werd aldus de sebumexcretie gemeten. Dit werd eveneens gedaan bij 200 controlepersonen. De gemiddelde sebumexcretie bij mannen met seborroïsch eczeem was normaal en bij vrou- welijke patiënten zelfs significant verlaagd ten opzichte van de controlegroep. De schrijvers concluderen dat seborroe geen rol speelt in de pathogenese van seborroïsch eczeem.

LITERATUUR

- ¹ Burton JL, Pye RJ. Seborroea is not a feature of seborrhoeic dermatitis. Br Med J 1983; 286: 1169-76.
- ² Cunliffe WJ, Shuster S. The rate of sebumexcretion in man. Br J Dermatol 1969; 81: 697-704.
- ³ Strauss JS, Pochi PE. The quantitative gravimetric determination of sebum production. J Invest Dermatol 1961; 36: 293-8.

J.J.E. VAN EVERDINGEN

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Subsidie Stichting Researchfonds Diabetes Mellitus

De Stichting Researchfonds Diabetes Mellitus wil het wetenschappelijk onderzoek naar de behandeling en bestrij- ding van diabetes mellitus financieel ondersteunen. Verder richt het fonds zich op onderzoek naar de maatschappelijke gevolgen van diabetes voor de patiënt en diens omge- ving.

Onderzoekers op het gebied van diabetes mellitus die in aanmerking willen komen voor financiële ondersteuning,

kunnen aanvraagformulieren bij het secretariaat verkrijgen. Het adres luidt: Stichting Researchfonds Diabetes Mellitus, Postbus 9210, 3506 GE Utrecht; tel. 030-620822.

Voor steun komen in aanmerking projecten gericht op: (a) praktische problemen bij de diabetesbehandeling; (b) analyse van basisproblemen vanuit de meer theoretische kant van de diabetesresearch; (c) sociaal-maatschappelijke en sociaal-wetenschappelijke vraagstukken.

Toekenning van gelden vindt plaats na raadpleging van deskundigen. Strikte geheimhouding gedurende de proce- dure is verzekerd.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Tien jaar coronariachirurgie

Het enthousiasme van Lubsen¹ over de resultaten van coronaire revascularisaties behaald door zijn collegae van het Thoraxcentrum te Rotterdam² is begrijpelijk en groten- deels terecht. Bedenklijk is echter zijn opmerking dat men slechts kan hopen dat het elders in Nederland ook zo goed gaat maar dat daarover gegevens nauwelijks beschikbaar of toegankelijk zijn. Dit is zo niet onjuist dan toch sterk overtrokken: de groep van het St. Antonius Ziekenhuis te Utrecht heeft herhaaldelijk haar resultaten gepubliceerd (zie bijvoorbeeld het verslag van een door dit centrum georganiseerd symposium³) en ook andere centra hebben regelmatig mededeling gedaan over hun resultaten tijdens wetenschappelijke vergaderingen en in bijeenkomsten met

de Commissie Coronair Angiografie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. Misschien heeft dit laatste niet zo vaak tot formele publikatie geleid, maar is dat dan nodig? Men kan zich afvragen of in dit opzicht geen onredelijke eisen aan de cardiochirurg worden gesteld. Voor geen enkele andere operatie wordt verlangd of zelfs maar verwacht dat ieder centrum regelmatig zijn resultaten publiceert terwijl toch het effect van verschillende operaties (zoals bepaalde oncologische operaties) ten minste zo onzeker is als van coronair chirurgische ingrepen. Ook dient dr. Lubsen te beseffen dat lang niet altijd de financiële middelen voor klinische evaluaties voorhanden zijn. In ons centrum bijvoorbeeld hebben ongeveer 6.000 patiënten coronariachirurgie ondergaan en alleen al om deze groep adequaat te vervolgen (waarbij natuurlijk niet volstaan kan

worden met het zenden van vragenlijsten) en de gegevens in de computer in te voeren moet men ten minste driekwart uur per patiënt per jaar rekenen en het is niet moeilijk te becijferen wat dit aan mankracht kost bij een 40-urige werkweek. Daarboven komen dan nog de kosten van het bewerken van de gegevens. Ik meen echter met dr. Lubsen dat dit een uiterst zinvolle investering zou zijn, waarvan op langere termijn de baten de kosten ruimschoots zouden vergoeden. Anderzijds is het weer gevaarlijk om, zoals dr. Lubsen suggereert, de sterftecijfers van ieder centrum afzonderlijk volledig openbaar te maken om aldus de „potentiële consument” een middel tot keuzebepaling in handen te geven. Hierin schuilt onder meer het gevaar dat patiënten die het sterftecijfer ongunstig beïnvloeden, d.w.z. de hoge-risicopatiënten gemakkelijk voor operatie geweigerd worden. Dit betreft dan vooral patiënten met slechte linker-ventrikelfunctie. Een dergelijke selectie kan overigens ook op andere gronden plaatsvinden, zoals de verwachting die men heeft ten aanzien van de verbetering resp. preservatie van de myocardfunctie. In hoeverre dit aspect van belang is geweest bij de Rotterdamse resultaten kan ik niet nagaan omdat geen melding gemaakt wordt van de kwaliteit van de linker ventrikel van de geopereerde patiënten, maar wel weet ik dat op grond van slechte linker-ventrikelfunctie in Rotterdam een aantal mensen voor chirurgie zijn geweigerd die later door onze groep (terecht of ten onrechte?) werden geaccepteerd.

Concluderend ben ik het er mee eens dat de Rotterdamse groep alle lof toekomt, maar geloof ik tevens dat enkele vraagtekens geplaatst moeten worden. Ik hoop dat de bevoegde autoriteiten ooit zullen inzien dat gelden besteed aan nauwkeurige analyse van operatieresultaten een goede investering zijn, een investering die een wezenlijk onderdeel geacht moet worden van de totale kosten van coronariachirurgie.

LITERATUUR

- 1 Lubsen J. Kransvachirurgie nu en in de toekomst. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1004-6.
- 2 Laird-Meeter K, Katen HJ ten, Domburg J van, et al. Tien jaar coronariachirurgie; resultaten bij 1041 patiënten, geopereerd in het Thoraxcentrum te Rotterdam. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 988-94.
- 3 Coronary artery disease today. Proceedings of an International Symposium May 25-27, 1981. Brusckhe AVG, Herpen G van, Vermeulen FEE. Amsterdam: Excerpta Medica, 1981; 47-51, 205-13, 279-85, 285-92.

Utrecht, juni 1983

A.V.G. BRUSCHKE

Uit het feit dat vanuit het Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht herhaaldelijk resultaten van coronair chirurgische ingrepen zijn gepubliceerd, blijkt al dat collega Brusckhe mét ons overtuigd is van het belang. Het valt te betreuren dat hiervoor totaal geen geld beschikbaar is gesteld.

Wat de sterftecijfers betreft, geloof ik niet dat bepaalde patiënten een operatie onthouden wordt om dit getal te drukken. Eerder zal het zo zijn dat bij een laag percentage het zelfvertrouwen van het team terecht groter wordt en moeilijkere operaties worden ondernomen.¹ Blijkt het percentage relatief hoog te liggen dan kan onderzocht worden waarom. Indien dit veroorzaakt wordt door een groot aandeel van „hoog-risico”patiënten, dan zal iedereen dat accepteren. In beide gevallen is het gunstig de getallen te weten.

In het Thoraxcentrum te Rotterdam werden in de jaren 1971-1980 geleidelijk gecomplieerdere operaties verricht, bij een sterftepercentage van 1,2 bij 1041 patiënten. De linker-ventrikelfunctie, uitgedrukt in „ejectie-fractie”, was

bekend bij 875 patiënten. Een verlaagde ejectie-fractie (< 0,55) werd gevonden bij 275 patiënten, 31% van hen bij wie het bekend was. Dit percentage komt ongeveer overeen met wat anderen gerapporteerd hebben bij achtereenvolgend geopereerden.^{2,3} Derhalve zal dit aspect onze sterftecijfers niet overmatig geflatteerd hebben. Wel is het aantal patiënten uit de oudere leeftijdsgroepen relatief laag (129 (18%) waren ouder dan 60 jaar). Zoals bekend hebben ouderen een verhoogd operatierisico en dit laatste zou wel van invloed kunnen zijn.⁴

LITERATUUR

- 1 Loop FD, Cosgrove DM, Lytle BW, et al. An 11 year evolution of coronary arterial surgery (1967-1978). Ann Surg 1979; 190: 444-55.
- 2 Lawrie GM, Morris GC, Silvers A, et al. The influence of residual disease after coronary bypass on the 5 year survival rate of 1274 men with coronary artery disease. Circulation 1982; 66: 717-23.
- 3 Greene DG, Bunnell IL, Arani DT, et al. Long-term survival after coronary bypass surgery. Br Heart J 1981; 45: 417-26.
- 4 Kennedy JW, Kaiser GC, Fisher LD, et al. Clinical and angiographic predictors of operative mortality from the collaborative study in coronary artery surgery (CASS). Circulation 1981; 63: 793-802.

Rotterdam, augustus 1983

K. LAIRD-MEETER

Maat en getal

Het feuilleton „Maat en getal”¹ werd met plezier door mij gelezen tot ik bij een verwarrend betoog kwam. „De rechter pupil is groter dan de linker” heeft voor mij de betekenis dat er een vergroting van de rechter pupil is opgetreden en zal mij als neuroloog alarmeren. Ik zal in dit geval desnoods mijn bed uitkomen om de nodige diagnostiek uit te voeren. Anderzijds zal „de linker pupil die kleiner is dan de rechter” mij aan het syndroom van Horner doen denken.

Deze kleine lapsus in de tekst moet mijns inziens wel worden rechtgezet omwille van de klinische betekenis van een pupilvergroting.

LITERATUUR

- 1 Everdingen JJE van, Rampen FHJ. Maat en getal. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1209-13.

Assebroek (België), juli 1983

M. MARCHAU

Helaas heeft onze rechter pupil een blinde vlek gehad voor wat de linker heeft gemist: bij het omzetten van de tekst in zijn definitieve vorm hebben wij onvoldoende oog gehad voor de lapsus waar collega Marchau op doelt. Wij zijn hem zeer erkentelijk voor de kritische kanttekening ten aanzien van de interpretatie van een pupilvergroting en hopen dat onze omissie geen nadelige gevolgen zal hebben.

Amsterdam, augustus 1983

J.J.E VAN EVERDINGEN
F.H.J. RAMPEN

Een familiedrama

In hun nabeschuiving noemen Van den Bosch en Huygen niet de ernstige tekortkoming van de geraadpleegde arts van de zondagsdienst.¹ Deze verzuimt bij een patiënte met een trauma capitis een oriënterend neurologisch onderzoek uit te voeren (het onderzoek naar o.a. de bewustzijns-