

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.<sup>1</sup> 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.<sup>2,3</sup> 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.<sup>4</sup>

#### 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”<sup>1</sup> 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.

Assenbroek (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.<sup>1</sup> Deze verzuimt bij een patiënte met een trauma capitis een oriënterend neurologisch onderzoek uit te voeren (het onderzoek naar o.a. de bewustzijns-

toestand, pupilverschil, nekstijfheid, reflexverschillen). Zonder dit onderzoek, dat herhaald dient te worden zodra een goede toestand zich in ongunstige zin wijzigt (sufheid, braken, incontinentie, bradycardie) komt men een mogelijk hersenletsel niet op het spoor en wordt aan de patiënte de noodzakelijke en spoedeisende specialistische hulp onthouden.

Het raadplegen van anamnestiche gegevens op een patiëntenkaart kan zijn nut hebben bij de beoordeling van een onderhavig ziektegeval, het kan echter nooit een gedegen en zo nodig herhaald fysisch-diagnostisch onderzoek vervangen.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Bosch WJHM van den, Huygen FJA. Een familiedrama. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 897-900.

Amsterdam, juli 1983

E. POST

Uiteraard zijn wij het geheel eens met collega Post dat een (herhaald) oriënterend neurologisch onderzoek na een trauma capitis nodig is. De arts van de zondagsdienst heeft dit ook wel verricht, maar heeft hieraan, achteraf gezien, waarschijnlijk niet de juiste conclusie verbonden.

Nijmegen, augustus 1983

W.J.H.M. VAN DEN BOSCH  
F.J.A. HUYGEN

### *Een epidemiologisch onderzoek naar de mogelijkheden van vroege diagnostiek van longcarcinoom in de huisartspraktijk*

Sluiter<sup>1</sup> schrijft in zijn commentaar op het artikel van Huygen e.a.<sup>2</sup> over het verband tussen CARA en longcarcinoom: „Bij zorgvuldige lezing van hun artikel moeten toch wel enkele tekortkomingen worden geregistreerd, waardoor mijns inziens hun conclusies niet gewettigd zijn”. Bij zorgvuldige lezing van beide artikelen valt op, dat er sprake is van een misverstand bij Sluiter, veroorzaakt door onzorgvuldigheid van Huygen e.a.

De vraagstelling die Huygen e.a. formuleren spoort niet met de inleiding, de beschouwing en de conclusies. De eerste vraagstelling luidt: „In hoeverre hebben patiënten met (. . .) CARA een verhoogde kans op het krijgen van longcarcinoom?” In de inleiding, derde alinea, staat een heel andere vraag: „(Het advies van de Gezondheidsraad roept) de vraag op, in hoeverre de huisarts door een anticiperende benadering inderdaad een belangrijke bijdrage zou kunnen leveren aan de vroege diagnostiek van longcarcinoom.” Vervolgens wordt gezegd, dat de literatuur wijst op een aantal risicofactoren, waaronder CARA. In de beschouwing staat dat „(het ging) om de praktische waarde van het CARA-begrip in de huisartspraktijk speciaal in verband met de kans op longcarcinoom.” De conclusie luidt: „De gegevens van dit onderzoek wijzen erop dat gebruik van het kenmerk CARA de huisarts geen houvast biedt voor een beleid gericht op de vroege opsporing van longcarcinoom.”

Het valt op, dat de door Huygen e.a. geformuleerde vraagstellingen de algemene kwestie van het verband tussen CARA en longcarcinoom beschrijven en niet de specifieke vraag van het onderzoek: heeft de huisarts wat aan dat verband tussen CARA en longcarcinoom? Strikt genomen is de laatste regel van de derde alinea de doelstelling, en de

vragende vorm van de eerste conclusie de vraagstelling.

Met deze wijzigingen vervalt een deel van de kritiek van Sluiter. Het belang van het onderzoek van Huygen e.a. is mijns inziens dat het statistisch aannemelijk maken van verbanden tussen twee variabelen nuttig mag zijn voor het verkrijgen van inzicht in het ontstaan van een ziekte, maar dat dit voor de dagelijkse praktijk niet altijd een bruikbaar verband hoeft te zijn. Dit laat het gevonden statistische verband onverlet.

Zo bezien is het artikel heel waardevol.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Sluiter HJ. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1200-2.

<sup>2</sup> Huygen FJA, Hoogen HJM van den, Ferrée H, Smits AJA. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1187-91.

Almere-haven, juli 1983

N.P. VAN DUIJN

Collega Van Duijn merkt terecht op dat er sprake is van een misverstand bij de schrijver van het commentaar op ons artikel. Dat dit te wijten zou zijn aan onzorgvuldige formulering van onze kant, zou ik willen betwijfelen. De strekking van ons betoog is in ieder geval door Van Duijn juist verstaan.

Nijmegen, juli 1983

F.J.A. HUYGEN

Ik dank collega Van Duijn voor zijn opmerkingen. Hij wijst terecht op de niet helemaal consequent volgehouden vraagstelling in het artikel van Huygen e.a. Ik kan het niet met hem eens zijn dat mijn commentaar hierdoor wordt aangetast. Bovendien ben ik het met zijn laatste conclusie niet eens: statistische evaluatie heeft alleen zin indien het materiaal dat beoordeeld moet worden, hiervoor geschikt is. In mijn commentaar heb ik aangegeven waarom ik denk dat dit laatste niet het geval was.

Groningen, augustus 1983

H. J. SLUITER

In een ingezonden brief<sup>1</sup> reageert collega Huygen op mijn commentaar<sup>2</sup> bij het artikel van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut met de vraag of ik de strekking ervan wel goed heb begrepen. Ik kan hem op dit punt geruststellen. Ik heb in mijn commentaar slechts duidelijk willen maken dat ik de conclusie van het artikel onvoldoende gesteund zag door de gepubliceerde gegevens. Deze gegevens konden hoogstens leiden tot een uitspraak als: „Wij hebben de indruk dat . . .”; van een epidemiologisch onderzoek kan mijns inziens niet worden gesproken. De wetenschappelijke normen die daarvoor maatgevend behoren te zijn, worden niet bepaald door het doel van het onderzoek.

Aan het slot van zijn brief vraagt Huygen zich af of van een „actieve bestrijding” van het roken niet meer kan worden verwacht dan van een periodiek onderzoek. Het is zonneklaar, en niemand zal dit bestrijden, dat het roken, vooral van sigaretten, een hoofdoorzaak van het longcarcinoom is. Maar zelfs als wij vandaag het roken volledig zouden kunnen uitbannen; dan nog moeten we 10-15 (?) jaar rekening blijven houden met een sterfte ten gevolge van longcarcinoom van duizenden mensen per jaar. Ik kan daar geen vrede mee hebben en vind dat de schade zoveel mogelijk moet worden beperkt. Afgezien hiervan maak ik mij bovendien weinig illusies over genoemde actieve bestrijding. Het bij herhaling gedemonstreerde gebrek aan besluitvaardigheid in dit opzicht in Haagse kringen stemt wel zeer weinig hoopvol.