

koperhoudend IUD in utero, dan bleek ook bij lichaams-temperatuur de invloed van het koper vrijwel nihil. De conclusie van de auteurs luidt dan ook dat de toenemende betrouwbaarheid van een IUD door de toevoeging van koper niet berust op het verminderen van de vitaliteit van de zaadcellen.

LITERATUUR

¹ Makler A, Zinder O. Am J Obstet Gynecol 1980; 138: 156-62.

P.G. HART

Heelkunde

Het gebruik van semi-rigide met koolstof versterkte plastic platen ter fixatie van fracturen

Tayton et al. binden de strijd aan met de vooral door de „Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen“ (AO) gepropageerde noodzaak tot oefenstabiele osteosyntheses m.b.v. onbuigzame platen van staallegeringen.¹ Als nadeel van die rigide platen zien zij dat hierdoor de vorming van externe callus wordt verhinderd en genezing alleen tussen de fractuureinden via een zogenaamde remodellering plaatsvindt. Dit is een uiterst langzaam proces, zodat de plaat minimaal 1½ jaar in situ moet blijven, waardoor onder de plaat vaak een osteopenie ontstaat, die in ca. 1,5% van de gevallen tot refracturering leidt tot nog wel één à twee jaar na verwijdering van de plaat. Schrijvers propageren dan ook een oefenstabiele semi-rigide vorm van osteosynthese, die niet alleen doorbouw van de fractuurlijn, maar ook brugcallusvorming mogelijk maakt.

Gezocht werd dus een plaat met dezelfde sterkte als staal, doch een grotere elasticiteit. Een met koolstofvezels versterkte gelamineerde plastic (epoxyhars)plaat werd ontwikkeld, die even sterk bleek als de AO-platen, doch veel buigzamer en resistenter tegen stress.

Na succesvolle dierproeven werden de platen bij tibia-

fracturen bij de mens toegepast; aanvankelijk met de dynamische compressieplaten (DCP) volgens AO met grote ovale schroefgaten. Aangezien dit de sterkte van de plaat nadelig leek te beïnvloeden werd de DCP-plaat vervangen door platen met normale ronde schroefgaten en werd geen poging meer ondernomen bij fracturen een compressieosteosynthese te verrichten. Het voordeel van enige beweeglijkheid ter plaatse van de fractuur bleek duidelijk door de steeds optredende brugcallus en de snelle consolidatie. Eenmaal trad door een technische fout in de plaat een te grote beweeglijkheid op, leidend tot pseudartrose. Uit de bij de overige 19 patiënten bereikte resultaten bleek verder een exacte repositie en aanliggen van de fractuurfragmenten minder essentieel gezien de corrigerende invloed van de brugcallus.

Bij infectie kan men een conservatief beleid blijven volgen daar snellere consolidatie het mogelijk maakt de plaat vrij spoedig te verwijderen en ook geen osteopenie meer wordt gezien die na plaatverwijdering nog lang tot een extra voorzichtigheid zou moeten manen. Alles bijeen dus redenen om de verdere ontwikkelingen van deze semi-rigide plaat met belangstelling te volgen, hoewel de tot nu toe bekende resultaten nog slechts in een zeer kleine serie zijn opgedaan.

Tayton et al. hebben parallel aan dit onderzoek nog een onderzoek verricht naar de eventuele carcinogene werking van koolstofvezels zowel in solide als in poedervorm.² Implantatie in de beenspieren van een groot aantal ratten gaf in vergelijking met zijde-implantaten op dezelfde plaatsen geen enkel verschil te zien.

LITERATUUR

¹ Tayton K, Johnson-Nurse C, McKibbin B, Bradley J, Hastings G. The use of semi-rigid carbon-fibre-reinforced plastic plates for fixation of human fractures. J Bone Joint Surg (Br) 1982; 64 B: 105.

² Tayton K, Phillips G, Ralis Z. Long term effect of carbon-fibre on soft tissues. J Bone Joint Surg (Br) 1982; 64 B: 112.

L.A. BOUVY

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)

Voor- en nadelen van het beroepsgeheim

In het Tijdschrift schrijft dr. A. van Dantzig over de voor- en nadelen van het beroepsgeheim.¹ Het moet een goede zaak worden geacht dat het beroepsgeheim onder de rubriek „arts en samenleving“ ook in het Tijdschrift nog weer eens aan de orde wordt gesteld. De ervaring leert dat er bij artsen een onvoldoende juist inzicht bestaat in de betekenis van het beroepsgeheim en de daaraan te stellen begrenzing. Te gemakkelijk heeft de mening post gevat dat het consent van de patiënt de grens van het beroepsgeheim bepaalt. Maar ook bij juristen (de zittende en de staande magistratuur, en de advocatuur) bestaat de overtuiging dat het beroepsgeheim een zaak is, die uitsluitend de patiënt aangaat. Nu wijst collega Van Dantzig er op dat de KNMG vroeger een ethische commissie had, die wist hoe het moest en die dat bekend maakte. Hij stelt dat bij toenemende relativering van normen de commissie steeds minder ging weten hoe het moest, steeds stiller werd en nu zelfs is verdwenen. Hij noemt dit merkwaardig omdat de ethiek steeds problematischer is geworden en vraagt zich dan ook af of voor het behandelen van al dergelijke problemen geen commissies

van hulp en bijstand in ethische zaken kunnen worden opgericht, niet om te zeggen hoe het moet, maar om de dokter, de patiënt en verdere betrokkenen bij te staan in het doorlichten van de situatie, zodat een te maken keuze in ieder geval met grote zorgvuldigheid tot stand komt. Ik ben blij dat collega Van Dantzig hierop attendeert, want op het gebied waarop hij deze commissies voorstelt, fungeert al sinds jaar en dag het secretariaat van de KNMG waar medische en juridische deskundigheid op het gebied van ethische zaken bestaat. Het secretariaat geeft dan ook jaarlijks talloze adviezen aan collegae, die juist in ad hoc situaties met hun ethische problemen niet uit de weg kunnen. Vraagstukken op het gebied van het beroepsgeheim en „informed consent“ spelen daar een belangrijke rol bij.

LITERATUUR

¹ Dantzig A. van. Voor- en nadelen van het beroepsgeheim. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1824-6.

Utrecht, oktober 1983

H. ROELINK,
secretaris KNMG

Het verheugt mij van collega Roelink te vernemen dat het onvolprezen secretariaat van onze Maatschappij ook in ethische zaken een helpende hand biedt. De door het wegvallen van specifieke organen van de KNMG ontstane leemte wordt aldus toch opgevuld. Het lijkt mij echter de vraag of de vervulling van deze taak door het Bureau van de Maatschappij wel een optimale oplossing is. Op zijn minst, lijkt mij, zou toetsing door, maar liefst ook betrokkenheid van de leden wenselijk zijn.

Amsterdam, november 1983

A. VAN DANTZIG

Melanoom, zwangerschap en orale anticonceptie

Na lezing van het artikel van Veen et al.¹ blijft bij mij nog een vraag over. Is het ook bekend of tumoren de betrouwbaarheid van de pil kunnen beïnvloeden?

Onlangs zag ik op het zuigelingenbureau een kind van welk de moeder tijdens orale anticonceptie toch zwanger was geworden en 3 maanden na de bevalling (per sectio caesarea bij 32 weken wegens zeer hoge bloeddruk) bleek zij een uitgebreid pancreascarcinoom te hebben.

Verdere bijzonderheden zijn mij thans niet bekend, daar ik alleen het kind en zijn tante heb gezien.

LITERATUUR

¹ Veen G, Rampen F.H.J. Melanoom, zwangerschap en orale anticonceptie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1865-8.

Uithoorn, oktober 1983

T.A.J. VAN DER PLOEG-PHAFF

Collega Van der Ploeg-Phaff beschrijft een patiënte met pancreascarcinoom bij wie een zwangerschap ontstond tijdens gebruik van orale anticonceptie. Dat de onderliggende maligniteit een invloed heeft gehad op de betrouwbaarheid van de pil is zeker mogelijk. Wij moeten dan niet zozeer denken aan een verstoring van de hormonale balans, zoals het geval kan zijn bij sommige hormoon producerende tumoren (ovariumcarcinoom, ACTH producerende tumoren zoals het oat-cell-carcinoom enz.), doch veeleer aan een gestoorde resorptie in de darm op basis van een pancreas-dysfunctie. Verder dient bij een abdominaal proces rekening te worden gehouden met misselijkheid en braken, met als gevolg een onbetrouwbare werking van de pil. Voor het maligne melanoom van de huid zou een dergelijke beïnvloeding heel wat moeilijker te verklaren zijn.

Amsterdam, november 1983

G. VEEN
F.H.J. RAMPEN
F.B. LAMMES

Kanttekeningen over de gevoeligheid, de specificiteit en de voorspellende waarden van diagnostische tests

Belangrijke aanvullende opmerkingen maken Knottnerus et al. bij het overigens zeer duidelijke en overzichtelijke artikel van Rümke.¹² Zij beamen dat diagnostische tests die in een bepaalde populatie zijn ontwikkeld niet a priori geschikt zijn voor toepassing in een andere populatie en stellen terecht dat weinig testmethoden zonder meer toe-

pasbaar zijn in de huisartspraktijk omdat deze meestal zijn geïjkt in een (poli-)klinische situatie. Specialisten en huisartsen zouden tot eigen diagnostische criteria moeten komen met het doel sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde van een test binnen de populaties waar deze disciplines werken te optimaliseren. Hoewel ik het in principe geheel eens ben met deze belangwekkende suggestie, wil ik toch de volgende, aanvullende, opmerking maken die voor het praktische handelen van de huisarts van belang is: zo lang (tot wanneer?) de huisarts niet beschikt over testmethodes die niet geïjkt zijn op „zijn” populatie, staat hem een belangrijk hulpmiddel ter beschikking om de diagnose met meer zekerheid te stellen of te verwerpen, nl. het verhogen van het aantal waarnemingen. Juist de huisarts kan gemakkelijk een patiënt gedurende enige tijd volgen. Gezien de intra-individuele variatie van biologische grootheden en de overlap van de criteria voor ziek zijn bij „zieken” en „gezonden” in de algemene populatie, is dit een belangrijke methode om een diagnose met meer zekerheid te kunnen stellen en onjuiste verwijzingen c.q. behandeling te voorkomen. Belangrijk wordt dit juist dan als de testuitslag weinig van normaal (grenswaarden, cut off-points) afwijkt.

Van een belangrijke diagnostische test, nl. de bloeddrukmeting, zijn hierover nogal wat gegevens bekend en ik mag wel een enkel voorbeeld gebruiken.³ De beslissing „hypertensief” of „niet-hypertensief” kan nogal wat consequenties voor de betrokken persoon inhouden. In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel zittingen (waarnemingen) nodig zijn om een redelijk zekere uitspraak te kunnen doen. Uit de publicatie van Hebel et al.³ blijkt het aantal zittingen dat nodig is om de diagnose „hypertensie” met 90% sensitiviteit en 90% specificiteit te kunnen stellen:

Gevonden verschil met diastolische grenswaarde (90 mmHg)	Aantal metingen per zitting		
	2	3	∞
+ 5 mmHg	16	15	15
+10 mmHg	4	4	4
+20 mmHg	1	1	1

Hoe geringer het verschil is met de gestelde grenswaarde, hoe vaker de waarneming herhaald moet worden om een redelijk zekere diagnose te stellen.

Conclusie: Zolang de huisarts niet de beschikking heeft over diagnostische tests die in „zijn” populatie zijn geïjkt, is verhoging van het aantal waarnemingen vooral in grensgevallen van groot belang voor juiste diagnostiek en voorkoming van onterechte behandeling c.q. verwijzingen.

LITERATUUR

¹ Knottnerus A, Leffers P, Leeuwen YD van. Kanttekeningen over de gevoeligheid, de specificiteit en de voorspellende waarden van diagnostische tests. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1408-9.

² Rümke ChrL. Kanttekeningen over de gevoeligheid, de specificiteit en de voorspellende waarden van diagnostische tests. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 556-61.

³ Hebel JR, Apostolides AY, Deschinger P, Entwisle G, Su S. Within-person variability in diastolic blood pressure for a cohort of normotensives. J Chronic Dis 1980; 33: 745-50.

Nijmegen, augustus 1983

J.W. VAN REE

Met belangstelling lezen wij de reactie van Van Ree. Wat betreft hypertensie zijn wij het met hem eens dat de diagnostiek verbeterd kan worden door herhaalde bloed-