

– Informatiecombinatie: verscheidene merkartikelenlijsten leiden tot één nieuwe, bijv. alle merkartikelen die kippe-eiwit noch koemelkeiwit bevatten.

– Informatiekoppeling bepaalt welke stoffen of ingrediënten in bepaalde voedingsmiddelen gemeenschappelijk voorkomen en hoe vaak. Daarmee kan aan de hand van door de patiënt aangegeven merkartikelen het allergeen worden opgespoord.

Met deze informatieroutines kan in samenwerking met de specialist het allergeen worden opgespoord, indien een aantal voedingsmiddelen en (of) merkartikelen bekend zijn waardoor de klachten van de patiënt verergeren. De resultaten van de informatiekoppeling worden naar de specialist(e) gezonden. Indien de specialist dat wenst kunnen tevens een provocatie- en (of) eliminatie-dieet worden bijgevoegd. Het opgespoorde allergeen wordt door de specialist bij de patiënt getest bijv. met een huidtest, RAST-test of bovengenoemde diëten. Is het resultaat positief dan kan in overleg met de diëtist een definitief dieet worden vastgesteld.

Door samenwerking met een aantal laboratoria in Nederland is het mogelijk om bepaalde verdachte voedingsmiddelen zelf te onderzoeken (Laboratorium Verzorgingstech-

nologie) òf te laten onderzoeken. Door deze samenwerking is bijv. thans een lijst beschikbaar met voedingsmiddelen die formaldehyde bevatten. De verstrekte lijsten zullen in de meeste gevallen positieve lijsten zijn die merkartikelen omvatten die voor de patiënt verboden zijn.

Getracht wordt zoveel mogelijk negatieve lijsten samen te stellen. Thans zijn er goede negatieve merkartikelenlijsten beschikbaar voor koemelk-allergiepatiënten (2200 voedingsmiddelen), kippe-eiwitallergiepatiënten (2100 voedingsmiddelen) en soja-eiwitallergiepatiënten (750 voedingsmiddelen) en combinaties daarvan.

In het aanloopjaar, 1983, overtrof het aantal aanvragen ruimschoots de verwachtingen en daardoor het begrote bedrag. Alhoewel de dienstverlening gedurende de proefperiode (tot juli 1986) gratis is, zijn wij genoodzaakt een financiële bijdrage te vragen om de onkosten te bestrijden.

Alleen *schriftelijke aanvragen* kunnen worden behandeld. Wij zouden het op prijs stellen, indien u een kopie van de anamnese wilt bijsluiten; hiervan dient u bij voorkeur de personalia van de patiënt(e) te verwijderen. Het adres is: Dr. J. Kamsteeg, Databank Voedselallergieën „Combally”, Vakgroep Huishoudkunde, Ritzema Bosweg 32a, 6703 AZ Wageningen.

INGEZONDEN

Borstklachten en hun betekenis voor de diagnostiek van het mammacarcinoom

Zwaveling beschrijft naar aanleiding van het artikel van Meischke-de Jongh et al. welke gang van zaken het beste kan worden gevolgd bij deze diagnostiek.^{1,2} Hij noemt daarbij pijn als symptoom van een maligne aandoening. Dit kan zo zijn, maar in het betreffende artikel wordt juist uiteengezet, dat bij afwezigheid van palpabele afwijkingen pijn geen symptoom is van een maligne tumor. Het doen uitvoeren van mammografie bij deze patiënten verschilt qua indicatiestelling dan ook niet van die bij een bevolkingsonderzoek. Het lijkt daarom verstandig te zijn de indicatie voor mammografie bij deze groep te beperken tot vrouwen van 40 jaar en ouder, zoals het geval is bij het bevolkingsonderzoek in Nijmegen. Terecht waarschuwt Zwaveling tegen blind vertrouwen in de mammografie. Een niet met de palpatie overeenkomende uitslag van de mammografie dient dan ook reden te zijn een cytologisch onderzoek te laten doen, desnoods in een centrum buiten het eigen ziekenhuis. Afgaand op de cijfers van Meischke-de Jongh et al. zou het in al deze gevallen zonder voorafgaand cytologisch onderzoek uitvoeren van biopsieën het aantal biopsieën verdrievoudigen.² De kosten en de psychische belasting van de patiënt zijn hierbij niet te onderschatten, nog afgezien van de beoordelingsproblemen die kunnen ontstaan bij latere mammografie na eerdere biopsie.³ Voor kysten is ook geen biopsie nodig, omdat echografie al jaren realiteit is en geen nabije toekomst. Zonder de kysten zou het aantal biopsieën nog het dubbele bedragen van wat noodzakelijk geacht kan worden, aangezien ik ook Zwaveling geen klinisch zekere diagnose van benigne tumor zie stellen op de palpatiebevindingen alleen.

Verder vraagt Zwaveling bewijzen voor de kleinere kans op recidief van kysten na luchtinsufflatie. In hun standaard-

werk over mammografie stellen Hoeffken et al.: „Nach unserer ERFAHRUNG ist die Luftauffüllung der Zyste von besonderer Bedeutung für den therapeutischen Effekt. Das Punktieren der Zyste und die Entleerung ohne anschließende Luftauffüllung führen häufiger zu Rezidiven.”⁴ De waarde van pneumocystografie wordt verder aannemelijk gemaakt door Tabar et al., die bij 338 van 53.459 mammografisch onderzochte vrouwen 434 pneumocystografieën verrichtten.⁵ Er werden 13 benigne en 13 maligne intrakystische tumoren gevonden (6%). Bij 2/3 van de maligne tumoren was het onderzochte kystevocht cytologisch niet verdacht. Na vulling met lucht trad slechts bij 10% recidief van de kyste op, terwijl recidief ontstond bij 6 van de 9 kysten, die alleen geaspireerd waren. De ervaringen van Muller lijken hiermee overeen te stemmen. Daarmee lijkt het nut van pneumocystografie voorlopig voldoende bewezen en vraag ik Zwaveling het tegendeel te bewijzen.

LITERATUUR

- ¹ Zwaveling A. Borstklachten en hun betekenis voor de diagnostiek van het mammacarcinoom. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2382-3.
- ² Meischke-de Jongh ML, Blonk DI, Gan-Siauw IN, Hoed-Sijtsema S den, Laag M ter. Borstklachten en hun betekenis voor de diagnostiek van het mammacarcinoom. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2361-7.
- ³ Muller JWT. De behandeling van mammaplasten. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 37-9.
- ⁴ Hoeffken W, Lanyi M. Röntgenuntersuchung der Brust. Stuttgart: Thieme, 1973.
- ⁵ Tabár L, Péntek Z, Dean PB. The diagnostic and therapeutic value of breast cyst puncture and pneumocystography. Radiology 1981; 141: 659-63.

Tegelen, januari 1984

F. VAN DER HORST

Collega Van der Horst heeft uit mijn artikel kunnen lezen dat pijn een symptoom kan zijn van een maligne aandoening evenals andere klinische verschijnselen van tumorgroei. In de volgende alinea van het Commentaar wordt nader

ingegaan op de mamma waarbij geen duidelijke afwijkingen worden gevonden. Hier wordt dan ook niet gesproken over pijn. Het is onjuist om patiënten met klachten (en daar gaat het bij deze patiënten om) gelijk te stellen met vrouwen die zich melden voor een bevolkingsonderzoek. Aangezien ik klinisch geen zekere diagnose van een benigne tumor kan stellen, doe ik in vrijwel alle gevallen nader onderzoek, hetzij cytologisch hetzij histologisch. Hiervoor verwijs ik verder naar het bijgevoegde beslissingsschema waaruit een en ander duidelijk blijkt.

Ik heb mij afgevraagd waar de bewijzen waren dat lucht iets te maken heeft met een kleinere kans op recidief van een kyste. De bewijzen die collega Van der Horst aandraagt zijn onvoldoende: „Unsere Erfahrung” blijkt gewoonlijk een slechte gids te zijn en heeft niets met een bewijs te maken. Ook wordt geen bewijs geleverd door de aangehaalde schrijvers: op hun totale materiaal vonden de eerste in 87% van de gevallen een verdwijnen van de kyste na de eerste behandeling. Ze laten echter na dit te vergelijken met alléén punctie. Het beschreven recidief trad op bij een groepje bij wie tijdens of direct na de aspiratie de naald uit de kyste geraakte, d.w.z. dat er geen enkele zekerheid is in hoeverre de kyste op dat moment reeds leeggezogen was. Ook de ervaringen van de tweede auteur hebben niets te maken met een bewijs.

De vraag aan mij om het tegendeel van het gestelde te bewijzen, is onjuist en berust op een gevaarlijke gedachten-gang. Wanneer iemand nieuwe behandelingsmethoden aanbeveelt, dient hij het bewijs van de doelmatigheid hiervan erbij te leveren. Dit bewijs moet aan de hoogste eisen van een goed onderzoek voldoen; dit geldt vooral voor de onderzoekopzet en de statistische bewerking. Het om-draaien van de bewijslast is voor wetenschappelijk onder-zoek niet acceptabel. Op grond van de door collega Van der Horst aangevoerde literatuur blijf ik dan ook bij mijn stelling: waar zijn de bewijzen?

Leiden, januari 1984

A. ZWAVELING

Het „holiday heart”-syndroom

De in het artikel van Jordaens et al. gegeven definitie van het „holiday heart”-syndroom:¹ „Mensen die gewend zijn aan matig alcoholgebruik, bij wie na een overmatige alcoholinname ritme- en geleidingsstoornissen van het hart optreden”, zonder dat deze patiënten enige hartafwijking hebben, zit me dwars. Nu weet ieder die om zich heen kijkt – vooral een student – matige drinkers aan te wijzen die ook regelmatig (het wekelijkse stapavondje) redelijke hoeveelheden alcohol naar binnen werken. Ik vraag mij dan ook af waarom er niet veel meer mensen tijdens bijv. het weekend worden opgenomen, want aan de gegeven definitie voor de risicogroep voldoet – in mijn vrienden- en kennisenkring – bijna iedere student/jongere. Daarom dus drie vragen: (1) Is er onderzoek gedaan naar eventueel voedselgebruik tijdens of vlak voor de alcoholnuttiging die leidde tot het holiday heart-syndroom? (m.a.w. is er een combinatie van bepaald voedsel en alcohol die leidt tot het holiday heart-syndroom óf is juist het niet nuttigen van voedsel risicoverhogend?) (2) Hoe hebben de beschreven patiënten gedronken? Vél in korte tijd, of is er meer verspreid over de gehele avond gedronken? (3) Tenslotte viel het mij op dat de gemiddelde leeftijd van de patiënten zo omstreeks de 40-50 jaar ligt. Is er verband waar te nemen tussen leeftijd en kans op het holiday heart-syndroom? Ik zou u zeer erkentelijk zijn voor antwoord op mijn misschien zeer onnozele vragen.

LITERATUUR

- ¹ Jordaens L, Clement DL, Colardyn F. Het „holiday heart”-syndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2407-10.

Amsterdam, januari 1984

P. STELLA, medisch student

Bij mijn weten is er geen onderzoek verricht naar het voorkomen van holiday heart-syndroom op grond van voedselgebruik vóór alcoholinname. Het is misschien van belang op te merken dat bij een van de patiënten uit onze reeks gastrectomie was verricht. Het is echter wel gepostuleerd dat plotselinge dood verband kan houden met overvloedige maaltijd met alcoholgebruik.¹ De meeste van onze patiënten hebben de vermelde hoeveelheid alcohol binnen een kort tijdsbestek (2-3 uur) gedronken (met uitzondering van patiënten A en G). De gemiddelde leeftijd in de groep van Ettinger was 43 jaar, met een spreiding van 25 tot 62 jaar; bij Greenspon was de gemiddelde leeftijd 57 jaar.^{2,3} Deze leeftijd ligt duidelijk boven de leeftijd van de risicogroep die Stella in zijn inleiding aanhaalt, doch het lijkt me niet onmogelijk dat op jonge leeftijd de basis gelegd wordt om deze subklinische vorm van cardiomyopathie te ontwikkelen die door velen toch wordt vooropgesteld als de achtergrond van het holiday heart-syndroom.

LITERATUUR

- ¹ Myers A, Dewar HA. Circumstances attending 100 sudden deaths from coronary artery disease with coroner's autopsies. Br Heart J 1975; 37: 1133-43.
² Ettinger PO, Wu CF, Cruz C de la, Weisse AB, Ahmed SS, Regan TJ. Arrhythmias and the „holiday heart”: alcohol-associated rhythm disorders. Am Heart J 1978; 95: 555-62.
³ Greenspon AJ, Schaaf SF. The „holiday heart”: Electro-physiologic studies of alcohol effects in alcoholics. Ann Intern Med 1983; 98: 135-9.

Gent, januari 1984

L. JORDAENS

Het advies inzake hypertensie van de Gezondheidsraad over de indirecte bloeddrukmeting

Collega Dunning schrijft dat de „silent gap” een „curiosum” lijkt te zijn.¹ Van Dale (10e druk) geeft als definitie van een curiosum „iets dat zeldzaam, vreemd of merkwaardig in zijn soort is”. Hoewel Dunning ons dus heel wat te kiezen laat, menen wij dat de silent gap geen van deze eigenschappen bezit. Wij baseren dit op recente ervaringen met een bloeddrukapparaat waarmee de Korotkoff-tonen zichtbaar worden gemaakt, terwijl tegelijkertijd de druk in de manchet continu wordt gemeten. Een dergelijke meting, waarvan het principe eerder in epidemiologisch onderzoek door de groep van Harvard's Channing Laboratory is toegepast,² heeft als voordeel dat de systolische en diastolische druk „blind” kunnen worden bepaald. Dit was nodig in een onderzoek dat door het RIVM wordt uitgevoerd om in twee gebieden de effecten van cadmiumexpositie op onder meer de bloeddruk na te gaan. In een dergelijke situatie is het gewenst om iedere systematische vertekening van de bloeddrukwaarden, die kan voorkomen doordat de bloeddrukwaarnemer op de hoogte is van de cadmiumexpositie in een bepaald gebied, te vermijden. De hierbij afgedrukte registratie van Korotkoff-tonen is een duidelijk voorbeeld van de silent gap. Bij gelijktijdige auscultatie bleken de tonen over een aanzienlijk traject weg te vallen. Op grond van de beperkte ervaring tot nu toe menen wij dat de silent gap bepaald geen zeldzaamheid is en ook niet vreemd of