

De gereproduceerde zwaluw is mooi, maar maakt nog geen zomer.

Collega Van Soeren vraagt het onmogelijke. Zo zijn enkele, hoofdzakelijk Amerikaanse, draagbare apparaten in de handel waarmee ambulante de bloeddruk kan worden gemeten. De beperking ligt echter in de kosten, de discontinuïteit, intermitterende meting om de zoveel minuten en de omstandigheid dat de patiënt soms de meting in gang moet zetten. De bloedige, ambulante intra-arteriële meting kent die bezwaren niet, maar is evenzo kostbaar, beperkt toepasbaar en levert 100.000 bloeddrukmetingen per etmaal op, die gegroepeerd en bewerkt moeten worden.

In Nederland is onderzoek gedaan met een vingerplethysmografische methoden volgens Penáz, een elegante maar nog niet praktisch bruikbare methode die ambulante toegepast zou kunnen worden. Dit onderzoek wordt ten dele gesteund door het Praeventie Fonds. Het belang van herhaalde, onbloedige meting van de arteriële druk is onbetwist. Ook al is er een voorspellende betekenis van de toevallige spreekurbloeddruk en cardiovasculaire sterfte voor groepen, de beslissing om de individuele patiënt levenslang voor een lichte bloeddrukverhoging, in de spreekkamer geconstateerd, met medicamenten te behandelen, zou gesteund worden als het bloeddrukprofiel tijdens de dag te meten viel. De kosten aan investering voor een dergelijk apparaat, de hernieuwde vaststelling van normaal en afwijkend en de praktische problemen bij de toepassing lijken me een spoedige beschikbaarheid, zelfs met genie, subsidie en vakmanschap, tot een illusie te maken.

Amsterdam, december 1983

A.J. DUNNING

Zwangerschap en diabetes mellitus

Gaarne gaan wij in op de opmerkingen van Lips en Eskes op bl. 186 van deze jaargang.¹ In ons commentaar vermelden wij dat waarschijnlijk hoge bloedsuikerwaarden in het begin van de zwangerschap van invloed zijn op het ontstaan van congenitale afwijkingen bij het kind.² Daarnaast merken wij op: „Het is niet onmogelijk dat meer pathogenetische factoren een rol spelen bij het ontstaan van de congenitale afwijkingen. Zo is het opmerkelijk dat kinderen met aangeboren afwijkingen het vaakst voorkomen bij diabetesse zwangeren uit de groepen D en hoger van de indeling volgens White,^{3 4} terwijl het HbA_{1c}-gehalte in het begin van de zwangerschap bij de vrouwen uit die groepen niet verschilt van de vrouwen uit de groepen A, B en C.”⁵

Ons gebruik van het alfabet was, voor zover het Miller et al. betreft,⁵ onjuist. Deze auteurs schreven over B, C en D. Wij hebben niet gesteld dat in het onderzoek van Miller et al. een statistisch significant verschil in aangeboren afwijkingen gevonden is bij kinderen van moeders uit verschillende klassen van White. Andere auteurs vonden dit echter in grotere groepen patiënten wel.^{3 6} De White-klasse is een karakterisering van de chronische toestand. De HbA_{1c}-bepaling is een maat voor het stofwisselingsevenwicht in de voorgaande zes weken, die vrij grof is wanneer het bloedsuikerniveau sterk wisselt. De problemen die dit kan geven bij de beoordeling van de regulering bij diabetes type I werden in 1980 besproken in dit tijdschrift.^{7 8} Het is niet verbazingwekkend dat Miller et al. geen statistische relatie tussen HbA_{1c}-concentratie en White-klasse vonden bij hun onderzoek.

De thans beschikbare literatuurgegevens moeten wel

leiden tot de conclusie uit ons commentaar: „Het is niet onmogelijk dat meer pathogenetische factoren een rol spelen bij het ontstaan van de congenitale afwijkingen.”

LITERATUUR

- ¹ Lips JP, Eskes TKAB. Zwangerschap en diabetes mellitus; behandeling en resultaten in de periode 1969-1982. (Ingezonden.) Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 186-7.
- ² Treffers PE, Doorenbos H. Zwangerschap en diabetes mellitus: de prenatale zorg begint vóór de conceptie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2016-7.
- ³ Mølsted-Pedersen L. Pregnancy and diabetes. A survey. Acta Endocrinol (Suppl) (Copenh) 1980; 94 (suppl 238): 13-9.
- ⁴ Smorenberg-Schoori ME, Heringa GM. Diabetes mellitus en zwangerschap; behandeling en resultaten in de periode 1969-1982. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1999-2003.
- ⁵ Miller E, Hare JW, Cloherty JP, et al. Elevated maternal HbA_{1c} in early pregnancy and major congenital anomalies in infants of diabetic mothers. N Engl J Med 1981; 304: 1331-4.
- ⁶ Karlsson K, Kjellmer I. The outcome of diabetic pregnancies in relation to the mother's blood sugar level. Am J Obstet Gynecol 1972; 112: 213-20.
- ⁷ Caspari AF, Miedema K. HbA_{1c} en diabetes mellitus. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 930-4.
- ⁸ Essen LH van, Sluiter WJ, Reitsma WD, Doorenbos H. HbA_{1c} en diabetes mellitus. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 1308-9.

Amsterdam, januari 1984

H. DOORENBOS
P.E. TREFFERS

Pijn bij patiënten tijdens prodromale en acute fase van het hartinfarct

Wij vinden hetgeen Beunderman et al. schrijven uitermate belangwekkend, vooral voor de huisarts.¹ Onze ervaring als huisarts sluit volkomen aan bij hun bevindingen. De meest vage klachten kunnen een uiting zijn van een dreigend of acuut hartinfarct. Een belangwekkende stelling uit hun artikel kunnen wij echter niet onderschrijven, nl. „Daarom is voor de huisarts het verhaal van de patiënt het eerste en belangrijkste middel bij het stellen van een diagnose tijdens de eerste uren van het acute hartinfarct”. Direct daarop wordt gezegd: „De symptomen die door hartinfarctpatiënten worden geuit kunnen ook worden genoemd door patiënten met functionele klachten (onder meer hyperventilatie) of met angina pectoris”. Stelling en daarop volgende constatering spreken elkaar in feite tegen, gezien vanuit de optiek van de huisarts. Uiteraard zullen zij in een retrospectief onderzoek saillante uitspraken in de anamnese in verband brengen met het later vastgesteld infarct en waarschuwen tegen het negeren van atypische klachten. De huisarts kan echter niet terugkijken vanuit de diagnose naar de klacht. Hij heeft te maken met bijv. duizeligheid, misselijkheid, klachten die bij tientallen diagnoses passen.

Het belang van alertheid op hartafwijkingen wordt er daardoor niet minder om, maar de prognostische betekenis en dus belangrijkheid van een dergelijke anamnese ten aanzien van hartklachten wordt daardoor duidelijk wél minder. Prospectief onderzoek naar de betekenis van klachten zoals duizeligheid, moeheid, hartkloppingen, tintelingen in de armen enzovoort, zal noodzakelijk zijn om vast te stellen in welk percentage van de gevallen uiteindelijk hartziekte aangetoond wordt. Dit percentage zal waarschijnlijk niet hoog zijn! Vele functionele klachten en minor ailments zullen de top-tien vormen, waarmee weer wordt aangetoond hoe moeilijk de huisartsengeneeskundige diagnostiek is. Dit alles neemt niet weg dat een juiste beoordeling van de patiënt, een zorgvuldiger nacontrole en

een veelvuldiger gebruik van de elektrocardiografische diagnostiek door de huisarts dit aantal missers kunnen reduceren.

LITERATUUR

¹ Beunderman R, Duyvis DJ, Lie KI, Durrer D. Pijn bij patiënten tijdens prodromale en acute fase van het hartinfarct. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2078-81.

Brunssum, december 1983

Y.D. VAN LEEUWEN
J.L. BAGGEN

Dank voor de aandachtige wijze waarop collegae Van Leeuwen en Baggen ons artikel hebben gelezen. In hun reactie geven zij aan, evenals wij dit deden in ons artikel, hoe moeilijk het is om de symptomen die door patiënten met een hartinfarct worden geuit, te onderscheiden van die welke door patiënten met functionele klachten (onder meer hyperventilatie) worden gemeld. Verwarring kan er ontstaan als deze stelling voorafgegaan wordt door de uitspraak dat „voor de huisarts het verhaal van de patiënt het eerste en belangrijkste middel bij het stellen van een diagnose tijdens de eerste uren van het acute hartinfarct” is. Zoals aangegeven gaat het daarbij om het stellen van een (en niet de definitieve) diagnose. Elektrocardiografische hulpmiddelen zijn in deze eerste uren vaak nog niet aanwezig.

In ons onderzoek werden, retrospectief, de gegevens verzameld van patiënten met een hartinfarct, met functionele klachten, en met angina pectoris voor wat betreft de klachten die zij waarnamen tijdens de prodromale en de acute fase. Daarbij gaat het vooralsnog om een vergelijking van groepen patiënten. Met onze vergelijkende onderzoeken hopen wij te kunnen bijdragen tot een verscherpte diagnostiek. Een definitieve oplossing voor de huisarts die in acute situaties de diagnostiek bij de individuele patiënt moet stellen, wordt helaas ook door ons onderzoek niet gegeven.

Amsterdam, januari 1984

R. BEUNDERMAN
D.J. DUUVIS
K.I. LIE
D. DURRER

Psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen

Het artikel over psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen van Vecht-van den Bergh geeft een goed en uitgebreid overzicht van eventuele psychiatrische bijwerkingen van een aantal medicamenten.¹ Het is een bijzonder nuttig artikel, maar toch wordt de vreugde erover wel wat getemperd omdat dat het wel haast onvermijdelijk is dat een dergelijk breed overzicht te ongenueanceerd en te zwart-wit moet worden geschreven.

Vermoedelijk hangt hiermee ook samen dat een bepaald, aanvankelijk miskend of onderschat, verschijnsel, i.c. de psychiatrische bijwerkingen, nu te veel nadruk krijgt en wellicht tot fobieën aanleiding geeft. Uiteraard ben ik niet in staat alle aspecten van het artikel te beoordelen, maar voor de corticosteroiden geldt dit bezwaar ongetwijfeld in zeer sterke mate. Het moet ook openlijk ter discussie worden gesteld, omdat anders de toch al vaak controversiële behandeling met corticosteroiden een extra bron van meningsverschillen krijgt.

Zowel de opgave van de frequentie van de verschillende bijwerkingen als het commentaar dat in de tekst gegeven wordt, doen veronderstellen dat het om vrij frequente en bovendien om vrij belangrijke bijwerkingen gaat. Voor de hogere doses, bijv. 15 à 10 mg prednisolon daags langer dan enkele dagen, moge dat misschien zo zijn, het is een vorm van medicatie die in de pulmonologie betrekkelijk zelden wordt gebruikt. Voor het overgrote deel van de patiënten die in dit vakgebied met corticosteroiden worden behandeld, golden in het verleden doseringen van 15 tot maximaal 20 mg per dag. Thans zal eigenlijk slechts zelden een dosering boven de 10 mg per dag, resp. 25 mg per 48 uur gegeven behoeven te worden; in zeer veel gevallen kan met nog aanzienlijk kleinere doses worden volstaan.

Bij deze patiënten, die dus nogmaals wat de pneumologie betreft, het leeuwedeel van de behandelingsindicaties uitmaken, komen deze bijwerkingen uiterst zelden voor. Dit kan men niet afdoen met de opmerking dat bijwerkingen afhankelijk zijn van de dosis. Waarbij dan nog komt dat de misschien minst ongewone bijwerking, nl. de euforie, soms verschrikkelijk moeilijk te scheiden is van het simpele beter welbevinden dat de patiënt aan de verbetering van zijn kwaal te danken heeft. Dat geldt ook voor de moeheid, die bij veel CARA-patiënten soms een zeer belangrijke klacht is en die soms wel en soms niet op deze medicatie reageert. Ook het verdwijnen daarvan zou natuurlijk als een euforie kunnen worden geduid. Maar in de lijst van Vecht is dat niet de belangrijkste en duidelijk ook niet de meest te vrezen bijwerking. De andere zijn mij eigenlijk uit de dagelijkse longpraktijk bij de CARA-patiënt onbekend.

Nogmaals, dit houdt niet in dat in grote reeksen patiënten met hoge doseringen deze verschijnselen zich niet zullen voordoen. Daar hoeft niet aan te worden getwijfeld. Maar het gaat dan veelal om ten eerste bijzonder zware indicaties en bovendien om een bijzonder klein percentage van de patiënten die corticosteroiden gebruiken. Beide elementen behoren eigenlijk als aanvulling op de tekst heel nadrukkelijk te worden onderstreept, wat bij deze dan gebeurd is zonder daarmee de waarde van het betrokken artikel te willen verkleinen.

LITERATUUR

¹ Vecht-van den Bergh R. Psychiatrische bijwerkingen van veel gebruikte niet-psychiatrische geneesmiddelen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2340-6.

Winsum, januari 1984

N.G.M. ORIE

Gaarne wil ik professor Orie bedanken voor zijn commentaar. Door het overzichts karakter van het artikel is onvoldoende tot uiting gekomen dat het merendeel der patiënten die corticosteroiden gebruiken, daarvan weinig last en veel baat heeft. Het is beslist een feit dat er angst bestaat zowel bij artsen als patiënten voor de psychiatrische bijwerkingen van corticosteroiden. Het is dan ook van grote waarde dat prof. Orie erop wijst dat bij lagere dosering de meeste patiënten geen psychische verschijnselen hebben.

De opgave van frequenties in de tabel kan inderdaad tot misverstanden leiden. Hier wordt de onderlinge verdeling tussen de verschillende psychiatrische complicaties aangegeven en niet het voorkomen van de frequentie ervan.

Euforie mag niet worden verward met stemmingsverbetering door verbeterde toestand. Het is een opgewektheid die niet past bij de omstandigheden. Van deze bijwerking van corticosteroiden wordt soms gebruik gemaakt bij behandeling van kankerpatiënten die in een eindstadium verkeren.¹