

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

¹ Twycross RG, Lach SA. Symptom control in far advanced cancer pain relief. Bath: Pitman, 1983.

Januari 1984

R. VECHT-VAN DEN BERGH

Boulimie

In dit tijdschrift schreef mw. R. Vecht-van den Bergh over boulimie,¹ een woord dat ik niet kende en dat zij vertaalt door geeuwonger. In het Geneeskundig woordenboek Pinkhof-Hilfman wordt boulimie beschreven als een Frans woord, uit het Grieks afkomstig (boulimia), geeuwonger, synoniem: boulimos, kynorexie, famas canina.

In het Grieks echter komt het woord βουλιμια en het daarbij passende werkwoord βουλιμιαω al voor in het bekende boek van de veldheer Xenophon, die van 401 tot 399 v. Chr. met een troepenmacht van 10.000 man dwars door Klein-Azië trok naar de Zwarte Zee. Een paar maal komt het werkwoord er in voor. Vertaald luidt het aldus: „Vandaar trokken zij de hele volgende dag voort door de sneeuw en velen van de manschappen kregen last van geeuwonger (hier staat dan βουλιμια). Xenophon bevond zich in de achterhoede en hij trof de mannen aan die neervielen, maar hij wist niet wat er met hen aan de hand was. Maar toen iemand die dit wel meer meegemaakt had, tegen hem zei dat het duidelijke gevallen waren van geeuwonger (βουλιμια) en dat ze weer op zouden krabbelen als ze iets te eten kregen, liep hij de bagage af, en als hij ergens iets eetbaars zag, deelde hij dat uit en hij stuurde de mannen die nog konden lopen rond om de zieken eten te geven. Wanneer zij iets gegeten hadden, stonden zij op en marcheerden verder.”

De schrijfster van bovengenoemd artikel geeft een nauwkeurige beschrijving van het ziektebeeld. Ik maak eruit op, dat het eigenlijk een psychisch geïnduceerde vraatzucht is en dat deze ziekte eigenlijk alleen bij vrouwen voorkomt. De therapie zal dan ook een psychische moeten zijn. Dat collega mw. Vecht-van den Bergh haar artikel als titel „boulimie” geeft en dat vertaalt met geeuwonger, lijkt me dan ook niet juist. De titel had volgens mij moeten luiden: Beschrijving van aanvallen van vraatzucht, voornamelijk bij vrouwen.

LITERATUUR

¹ Vecht-van den Bergh R. Boulimie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1625-8.

Amsterdam, januari 1984

J.G. MENKEN

Collega Menken ben ik erkentelijk voor zijn aanvullende opmerkingen. Het woord boulimie is als begrip in de vakliteratuur over eetstoornissen los komen te staan van het oorspronkelijke Griekse woord. In het geneeskundig woordgebruik komt dat overigens veel vaker voor. Collega Menken wijst er terecht op dat boulimie, zoals ik dat beschreven heb,¹ heel iets anders is dan βουλιμια in Xenophon. Muller² vertaalt βουλιμια met geeuwonger, maar Liddle en Scott³ geven als vertaling ook: monstrous hunger, raveless hunger. βου als voorvoegsel is huge, monstrous. λιμοσ is hunger.

Met geeuwonger wordt waarschijnlijk bedoeld het vrij zeldzaam voorkomende syndroom van Kleine en Levin.⁴ Met ziet dit bij gezonde jonge mannen na langdurige lichamelijke inspanning. Er ontstaan plotselinge, onweer-

staanbare aanvallen van slaap, die enkele uren tot dagen kunnen duren. Gedurende zo'n slaapaanval is er geen incontinentie en kan men geen lichamelijke afwijkingen constateren. Als men de patiënt wekt, eet hij alle voor handen zijnde etenswaren snel en schrokkelig op, waarna hij weer inslaapt. Hij zal zelf niet op zoek gaan naar voedsel. Het valt te betwijfelen of alle soldaten uit de passage van Xenophon aan het syndroom van Kleine en Levin leden, dan wel aan reusachtige honger. In elk geval hadden ze geen boulimie zoals het door mij werd beschreven, al kan dat ook bij mannen voorkomen.

LITERATUUR

¹ Vecht-van den Berg R. Boulimie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1625-8.

² Muller F. Grieksch Woordenboek. Groningen: Wolters, 1928.

³ Liddle HG, Scott R. The Greek-English Lexicon. Oxford: Oxford University Press, 1953.

⁴ Lishman WA. Organic psychiatry. Oxford: Blackwell, 1980.

Leiden, februari 1984

R. VECHT-VAN DEN BERGH

Worden kunststof enkel-voetorthesen gedragen?

Naar aanleiding van het artikel van Boldingh et al. willen wij op het volgende wijzen.¹ Ondergetekenden hebben in het hoofdstuk Orthesen van het Nederlands Leerboek der Orthopedie betoogd, dat orthopedische voorzieningen zoals orthesen, maar ook orthopedisch schoeisel, dienen te worden voorgeschreven op het technisch spreekuur, waar een direct contact is tussen de voorschrijvend specialist en de orthopedisch instrumentmaker c.q. orthopedisch schoenmaker.²

Deze wijze van samenwerken beïnvloedt ten eerste het tevredenheidspercentage bij de patiënten.³ Uit het artikel van Boldingh et al. wordt niet duidelijk of deze methode is gevolgd. In het artikel wordt gesteld dat bij alle 20 patiënten, onder wie 6 met een matige tot sterke extensiehypertonie van de onderbeenmusculatuur, een verbeterd looppatroon kon worden vastgesteld. Hoe dit onderzoek van het looppatroon is verlopen vermelden de auteurs niet. Vooral interesseert het ons of de varuskanteling, die wij tevens bij extensiehypertonie veelvuldig waarnemen, kan worden gecompenseerd met deze betrekkelijk eenvoudige en ook vervormbare orthese. Hoe werd de supinatie in de slingerfase geregistreerd?

Uit het artikel zou de indruk kunnen ontstaan dat alle patiënten met een aandoening van het centrale motorische neuron met een kunststof enkel-voetorthese afdoende geholpen zouden kunnen worden. Naar onze mening is dit een te simpele voorstelling van zaken. Elders hebben wij beweerd dat bij de behandeling van de functiestoornissen van het onderbeen als gevolg van een neurologische aandoening enerzijds de ernst en omvang van de parese en anderzijds de mate van spasticiteit belangrijke factoren zijn. Het interfereren van deze beide factoren bepaalt de keuze van de voor te schrijven onderbeenorthesen.

a. Licht parese, geen of geringe spasticiteit: lichtgewicht-beugels/spalken (Caroliveer), Youstaveer, kunststof achter-spalk, peroneusstimulator.

b. Manifeste parese, geen of geringe spasticiteit: als onder a. Patiënten die veel lopen behoeven een onderbeen-beugel met twee zijstangen en enkelscharnieren met plan-