

- 5 Cornfield J. The University Group Diabetes Program. A further statistical analysis of the mortality findings. *JAMA* 1971; 217: 1676-87.
- 6 Prout TE, Knatterud GL, Meinert CL, Klimt CR. The UGDP controversy. Clinical trials versus clinical impressions. *Diabetes* 1972; 21: 1035-40.
- 7 Toubert JL. Hartdood en orale antidiabetica: het laatste oordeel. *Ned Tijdschr Geneesk* 1975; 119: 1506-8.
- 8 Erkelens DW. Orale antidiabetica, zoethouders voor dokter en patiënt. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2380-1.
- 9 Kilo C, Miller JP, Williamson JR. The crux of the UGDP. Spurious results and biologically inappropriate data analysis. *Diabetologia* 1980; 18: 179-85.
- 10 University Group Diabetes Program. Effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult-onset diabetes. VIII. Evaluation on insulin therapy: final report. *Diabetes* 1982; 31 (suppl 5): 1-81.
- 11 Keen H, Jarrett RJ. The effect of carbohydrate tolerance on plasma lipids and atherosclerosis in man. In: Jones RJ, ed. *Atherosclerosis, proceedings of the second international symposium*. Heidelberg, 1970: 435-44.
- 12 Tchobroutsky G. Relation of diabetic control to development of microvascular complications. *Diabetologia* 1978; 15: 143-52.
- 13 Camerini-Davalos RA, Velasco C, Glasser M, Bloodworth JM. Drug-induced reversal of early diabetic microangiopathy. *N Engl J Med* 1983; 309: 1551-6.
- 14 Report of the committee for the assessment of biometric aspects of controlled trials of hypoglycemic agents. *JAMA* 1975; 231: 583-608.
- 15 Toubert JL. Humane insuline. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 684-6.

Nijmegen, januari 1984

E. DE NOBEL
A. VAN 'T LAAR

Al is „verketteren” van geneesmiddelen niet mijn voornaamste taak als receptenschrijver, ik ben toch gehouden regelmatig met mijn Nijmeegse collegae het „enig ware geloof” in die middelen kritisch te bezien. Ik moet ervan overtuigd zijn dat mijn pillen óf het leven verlengen óf de kwaliteit van leven verbeteren. Het „final report” van de UGDP bevat, en dat staat los van „overtuigen”, droge feiten die ondubbelzinnig aantonen dat de sterfte van patiënten die typisch behoren tot de categorie met diabetes type 2, niet lager is bij behandeling met medicamenten of insuline dan bij dieetbehandeling. Het rapport bevat (maar hier spreekt inderdaad interpretatie) afdoende argumenten om de kritiek die over eerdere rapporten is uitgestort, te weerleggen. Ik zou de geïnteresseerde aanraden zelf de 81 pagina's door te lezen. De mening van Jarrett dat diabetes type 2 ontstaat bij mensen die toch al eigenschappen hebben die het risico voor hart- en vaatziekten verhogen, stelt het niet vinden van verbetering van macro-angiopathie na goede bloedsuikerregulatie in een interessant licht.¹

De Nobel en Van 't Laar halen als onderdeel van een „overstelpende hoeveelheid feiten” voor het bestaan van een causaal verband tussen bloedsuikerregulatie en retinopathie-nefropathie het artikel van Camerini-Davalos aan. Daarin wordt beschreven dat de basale membraan van vaten in spierweefsel na glipizide dunner wordt. Ik zou ook het commentaar van Siperstein noemen in dezelfde *New England Journal of Medicine*, waarin na het aanhalen van 7 onderzoeken over het niet verbeteren van retinopathie en nefropathie bij optimale bloedsuikerregulatie gesteld wordt: „... that with the methods of insulin administration currently available, rigorous glucose control has little, if any, beneficial effect on the progression of retinopathy and nephropathy”.² En, hoewel mijns inziens het verband tussen hyperglykemie en neuropathie beter gedocumenteerd is, hebben wij en anderen de grootste moeite om aan te tonen dat de zenuwgeleidingstijd of de vibratieperceptie verbetert na optimale bloedsuikerregulatie met continue subcutane insuline-infusie.³ Blijven die aspecten van de kwaliteit van leven die kennelijk moeilijk te kwantificeren zijn.

Ik kan ook in de reactie geen verwijzing vinden waarin de blijvende vermindering van hyperglykemische „klachten” na orale bloedsuikerverlagende middelen gedocumenteerd

wordt. Hoewel de β -cel-stimulerende werking van orale bloedsuikerverlagende middelen bekend is, is het mijns inziens niet te verwachten dat de extra stimulatie, van door hoge glucosegehalten reeds maximaal gestimuleerde insuline-afgifte, de werkelijke, thans niet precies gelokaliseerde, oorzaak van type 2-diabetes: insulineresistentie, geneest.

Komen de bijwerkingen van sulfonyleureumderivaten „veelvuldig” voor? Wanneer men zorgvuldig kijkt, zijn ze in ieder geval minder zeldzaam dan men met de klinische intuïtie zou aannemen. Asplund et al. stellen na beschrijving van 57 patiënten met hypoglykemie, van wie 10 stierven: „thus, it is not uncommon for glibenclamide, like the first generation sulfonyleureas, to cause serious protracted and even fatal hypoglycemic events”.⁴

Totdat over werkingsmechanismen, vermindering van klachten en bijwerkingen meer bekend is, blijft het nodig voor de statistische medicus en de filosofische therapeut zijn geneesmiddelenarsenaal te behoeden voor grootse mislukkingen.

LITERATUUR

- 1 Jarrett RJ. Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus and coronary heart disease - chicken, egg or neither? *Diabetologia* 1984; 26: 99-102.
- 2 Siperstein MD. Diabetic microangiopathy and the control of blood glucose. *N Engl J Med* 1983; 309: 1577-9.
- 3 Service FJ et al. Effect of blood glucose control on peripheral nerve function in diabetic patients. *Mayo Clin Proc* 1983; 58: 283-9.
- 4 Asplund K, Wiholm B-E, Lither F. Glibenclamide associated hypoglycaemia: a report on 57 cases. *Diabetologia* 1983; 24: 412-7.

Utrecht, maart 1984

D.W. ERKELENS

„Boordeknoopjes”

Wentges en De Vries bespreken de behandeling van otitis media met effusie (OME).¹ Hun opmerking „Bestraling van de epipharynx wordt wegens het gevaar van het veroorzaken van epipharynx tumoren tegenwoordig vrijwel niet meer toegepast”, nodigt uit tot enige aanvullende opmerkingen.

Bestraling van de epipharynx ter verbetering van de tubafunctie wordt op tweeërlei wijze uitgevoerd: uitwendig met orthovolt² of telecaesium (Bohdorf W, schriftelijke mededeling) en inwendig met radium³ of strontium.⁴ Een oorzakelijk verband tussen uitwendige bestraling van het hoofd-halsgebied en tumorinductie staat vast. Hoewel de schildklier als meest gevoelige orgaan de grootste bekendheid heeft gekregen,⁵ zijn o.a. ook hersenen⁶ en speekselklieren⁷ vatbaar voor door stralen geïnduceerde tumoren. Het verband tussen inwendige (radium)bestraling van de epipharynx en het ontstaan van hoofd-halstumoren, met name in de hersenen, is onlangs in een historisch cohort-onderzoek naar voren gebracht,⁸ maar mag vooralsnog niet als vaststaand worden aangenomen. De epipharynx, het doel van de bestraling van OME, lijkt weinig gevoelig te zijn voor door stralen geïnduceerde tumoren. In de literatuur wordt een dergelijke tumor althans niet vermeld. Uit een patient-controle-onderzoek blijkt dat blootstelling aan straling niet voorkomt in de ziektegeschiedenis van een groot aantal patiënten met een epipharynxcarcinoom in tegenstelling tot die van patiënten met een meso- of hypopharynxcarcinoom.⁹

Zijn er, behalve de vrees voor tumorinductie, nog andere redenen aan te geven waarom bestraling van de epipharynx niet of nauwelijks meer wordt toegepast? Strenger geworden eisen op stralencygiënisch gebied? Het ongeval in februari 1958 te Putten, waarbij de inhoud van een radium-

naald in het milieu terecht kwam?¹⁰ Het is, hoe dan ook, opvallend, dat het verlaten van de therapie in de jaren zestig samenvalt met de algemene beschikbaarheid van en het enthousiasme voor de operatie-microscoop.¹¹

² Snoek WT. Besmetting met *Anguillula intestinalis* (*Strongyloides stercoralis* Bavay). Ned Tijdschr Geneesk 1938; 82: 633-8.

Kerkrade, maart 1984

J. SCHERPBIER

LITERATUUR

- ¹ Wentges RThR, Vries SJ de. „Boordeknoopies”. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1423-7.
- ² Baarsma PR, Jong M de. Nasopharyngeal X-ray therapy to cure dysfunction of the Eustachian tube. An experimental study. Acta Otolaryngol (Stockh) 1955; 45: 101-8.
- ³ Crowe SJ. The recognition, treatment and prevention of hearing impairment in children. Laryngoscope 1940; 50: 658-62.
- ⁴ Beck Chl. Surface irradiation of the Eustachian tube. Arch Otolaryngol 1969; 90: 28-31.
- ⁵ Daal WAJ van. Door ioniserende straling geïnduceerde tumoren van de schildklier. 's-Gravenhage: Pasmans, 1981. Proefschrift.
- ⁶ Colman M, Kirsch M, Creditor M. Tumours associated with medical X-ray therapy exposure in childhood. In: Late biological effects of ionising radiation Vol I, Wien, 1978: 167-80.
- ⁷ Modan B, Baidatz D, Mart H, et al. Radiation-induced head and neck tumours. Lancet 1974; 1: 277-9.
- ⁸ Sandler DP, Comstock GW, Matanoski GM. Neoplasms following childhood radium irradiation of the nasopharynx. JNCI 1982; 68: 3-8.
- ⁹ Sakamoto A, Sakamoto G, Sugano H. History of cervical radiation and incidence of carcinoma of the pharynx, larynx, and thyroid. Cancer 1979; 44: 718-23.
- ¹⁰ Muntendam P. Rapport omtrent een radio-actieve besmetting te Putten. 's-Gravenhage; Directeur Generaal van de Volksgezondheid, 1958: 1378-1432.
- ¹¹ Bull TR, McKelvie P. Irradiation treatment of secretory otitis media: recent experience. J. Laryngol Otol 1968; 82: 745-56.

Sittard, februari 1984

P.G. VERDUJN

Infectie met *strongyloides stercoralis*

Professor Zuidema schreef over importgevallen van infectie met *Strongyloides stercoralis*.¹ Deze infectie kon vroeger ook in Nederland verkregen worden, nl. door mijnwerkers. Snoek beschreef de ziektegeschiedenissen van 2 mijnwerkers die met *Anguillula intestinalis*, zoals de worm destijds ook wel werd genoemd, waren geïnfecteerd.²

Onlangs zond collega Athmer, huisarts alhier, ons een patiënt met onverklaarde eosinofilie van 67%. De man had soms wat diarree, ook braakte hij wel eens; verder had hij uitslag over het gehele lichaam gehad. De anamnese bracht voor deze hoge eosinofilie de oplossing; hij was een mijnwerker. Hij had vroeger op de mijn Willem Sophia gewerkt, daarna op de mijn Julia en vervolgens 3 maanden op de mijn Hibernia Waltrop in Recklinghausen (Bondsrepubliek Duitsland), een oude mijn met hoge temperaturen. De laatste 7 jaren werkt hij op de André Dumont-mijn in Waterschei (België), ook een oude mijn met hoge vochtigheid. In het duodenumvocht werden larven van *S. stercoralis* aangetroffen. We hebben de patiënt behandeld met mebendazol; de eosinofilie daalde daarop tot 20%, maar in de faeces bevinden zich nog steeds strongyloideslarven. We zullen hem nog een kuur met tiabendazol geven. Vermoedelijk heeft hij de infectie op de mijn André Dumont verkregen, want na 1962 hebben wij hier geen strongyloidesinfectie meer gezien. In deze mijn werken veel buitenlanders, o.a. ongeveer 250 Nederlanders. De collegae in het zuiden van ons land moeten dus met een strongyloidesinfectie bij mijnwerkers weer rekening houden!

LITERATUUR

- ¹ Zuidema PJ. Een onnodig lange ziekte duur. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 241-3; idem. Hyperinfectie met *Strongyloides stercoralis* na niertransplantatie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 261-3.

Terecht wijst collega Scherpbier er op dat autochtone infecties met *Strongyloides stercoralis* destijds in ons land bij mijnwerkers voorkwamen. Het is mogelijk dat sommigen van hen de worm nog steeds herbergen. Verrassend is de mededeling van Scherpbier dat vele Nederlanders in een Belgische mijn werken en dat bij één van hen een strongyloidesinfectie werd vastgesteld. Dit roept vragen op, o.a. naar de frequentie van een infectie met *S. stercoralis* (en van mijnwormen?) bij werkers in deze mijn.

Amsterdam, maart 1984

P.J. ZUIDEMA

Hulp aan de behandeling van drugverslaafden

In het tijdschrift verscheen een aantal zeer informatieve artikelen over de drugverslaving,⁴⁻⁵ maar geen van de auteurs doet enige poging verslavingsgedrag te definiëren, geen van de auteurs vraagt zich af of het ethisch juist is verslavingsgedrag door medisch handelen te continueren en geen wijst erop dat de angst voor ontwenningverschijnselen een onderdeel van het verslavingsgedrag is en rolbevestigend werkt. Het resultaat is dat artsen ongemerkt opgenomen worden in het criminele circuit van de drugverslaving. De verslaafde stelt de eisen en de normen en de arts komt achteraf tot de conclusie dat hij er ingetrapt is.

Men verstrekt iemand die verslaafd is aan roken geen pakje shag als men hem van de sigarettenverslaving wil bevrijden, men verstrekt een alcoholist geen fles jenever als men hem van het bier af wil helpen, als men tabak, alcohol, drugs niet kan hanteren als genotmiddel (wie kan dat wel?) dan moet men er afblijven.

Verslaving is geen primair medisch probleem, maar een pedagogisch-ethologisch probleem. Mijn definitie van verslavingsgedrag luidt: „Verslavingsgedrag ontwikkelt zich in een onopgeloste conflictsituatie en wordt gekenmerkt door handelingen van imperatief en zelfbestraffend karakter, die tot een ritueel leiden, waarbij agentia een centrale rol spelen, die voor de verslaafde een zodanige magische betekenis hebben, dat een vicieuze cirkel wordt gesloten en geestelijke, lichamelijke en maatschappelijke aftakeling de consequentie is.” Het is de taak van de medici, samen met de pedagogen en gedragstherapeuten de overheid te overtuigen van het feit dat heropvoeding en resocialisatieprojecten enerzijds en effectieve maatregelen ter bestrijding van werkloosheid, onderwijs- en huisvestingsproblemen anderzijds prioriteit verdienen boven de thans genomen medisch-ethisch nauwelijks aanvaardbare en onvoldoende doordachte, als proefproject gelanceerde, bestrijdingsmaatregelen. Tot heden is de verslaafde in onze welvaartsmaatschappij, „a born loser and a lost case”.

LITERATUUR

- ¹ Fraenkel HM, Ree JM van. De farmacotherapeutische aspecten van hulp aan heroïneverslaafden. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 257-9.
- ² Rengeling H. Hulpverlening aan drugsverslaafden. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 259-61.
- ³ Kerssemakers RP, Santen G van. Overzicht van de Amsterdamse drughulpverlening. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 263-4.
- ⁴ Braber LC, Vries D de. Hulp aan heroïneverslaafden door huisartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 264-6.