

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.

⁵ Sluijs ThA. Begeleiding bij (heroïne)verslaving in het algemene ziekenhuis. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 266-8.

Zaandam, februari 1984

F. VAN SOEREN

Als men invloed wil krijgen op verslavingsgedrag met het doel dit te veranderen tot een sociaal-medisch aanvaardbare vorm, dan moet worden getracht met de verslaafde contact te krijgen. Met een grote groep heroïnegebruikers is het zeer wel mogelijk dat zich een relatie ontwikkelt, welke een positieve invloed heeft op de duur en de ernst van de verslaving. De ervaring leert dat de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke taak kan hebben in de hulp aan heroïnegebruikers. Het stigma van de „born loser” en „lost case” is onzes inziens geen goed uitgangspunt bij de behandeling van heroïneverslaving.

Amsterdam, maart 1984

L.C. BRABER
D. DE VRIES

Verslaafd worden aan zaken die bedoeld zijn om het leven te veraangemen, is door de eeuwen heen een bij alle volken voorkomend verschijnsel. Voorbeelden daarvan zijn: eten, snuiven, kauwen, drinken, roken enz. Verslaving is de resultante van een ingewikkeld samenspel van factoren, die betrekking hebben op het individu en (of) zijn omgeving. De samenleving bepaalt per tijdseenheid en per individu of aard en graad van een verslaving worden getolereerd. In de praktijk wordt door een aantal mensen een beroep gedaan op artsen om sedativa, psycho- of neuroleptica, morphinomimetica enz. voor te schrijven om een moeilijke of riskante periode het hoofd te kunnen bieden.

Het lijkt mij dat dit medisch-ethisch verantwoord is.

Amsterdam, maart 1984

TH.A. SLUIJS

De farmacotherapeutische aspecten van hulp aan heroïneverslaafden

In dit artikel werd gesteld dat de opiaatantagonisten niet mogen worden toegediend indien de verslaafde opiaten gebruikt, omdat dan acuut een onthoudingssyndroom wordt opgewekt.¹ Het maakt toch wel enig verschil of de verslaafde zich vrijwillig tot een medische instantie heeft gewend, of dat hij via justitie in behandeling is. In het laatste geval lijkt een strategie mogelijk om de betreffende, na een eerste ontwenning, via een regelmatige afkickproef onder controle te houden, bijv. door in de tijd gespreid telkens een paar dagen te worden geïsoleerd van mogelijke toevoer van opiaten. Ontwenning zonder medicamenten werd terloops in een van de andere artikelen in hetzelfde tijdschriftnummer genoemd, zonder het te verwerpen. Het acute onthoudingssyndroom na anti-opiaten lijkt een veel eenvoudiger controlemogelijkheid te bieden. Ik neem aan dat die onthoudingsverschijnselen dosis-afhankelijk optreden, en dat het veilig kan geschieden. Of is het zo dat men „princieel” actief afkicken verwerpt, maar passief afkicken toelaatbaar vindt?

Het verslavingsvraagstuk en alle maatschappelijke consequenties lijken mij ernstig genoeg om niet bij voorbaat een beleidsmogelijkheid buiten beschouwing te laten door het plaatsen van apodictische uitspraken.

LITERATUUR

¹ Fraenkel HM, Ree JM van. De farmacotherapeutische aspecten van hulp aan heroïneverslaafden. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 257-9.

Amsterdam, februari 1984

D.J. MULDER

Naar aanleiding van de ingezonden reactie van Mulder op ons commentaar willen wij het volgende opmerken. „Gecontroleerd” ontgiften van verslaafden aan morfinomimetica is, medisch-farmacologisch gezien, betrekkelijk eenvoudig. Hoe veiliger de setting, des te minder kunnen de onthoudingssymptomen zijn, zowel na het direct stoppen als bij het snel verminderen van de hoeveelheid opiaten. Onthoudingsverschijnselen kunnen afdoende worden tegengegaan, bijv. met benzodiazepinen. Voordelen van het toedienen van opiaatantagonisten lijken dan ook niet aanwezig, althans niet voor therapeutische doeleinden. Wel kan naloxon als diagnostisch hulpmiddel dienen, indien twijfel bestaat omtrent het bestaan en de mate van afhankelijkheid van opiaten.

Utrecht, maart 1983

H.M. FRAENKEL
J.M. VAN REE

Waarmee kunnen patiënten met diabetes mellitus het glucosegehalte in urine en bloed meten?

Collega Van Eijk somt de middelen op die voor dit doel ter beschikking staan.¹ Ik leg er echter de nadruk op dat de urinestrips voor de matig ingestelde insuline-afhankelijke diabeticus nauwelijks bruikbaar zijn, vooral wanneer de uitslag hiervan wordt aangewend voor aanpassing van de insuline-dosering.² Verder merk ik op dat het indicatiegebied voor een elektronische bloedsuikerbepalingsmeter breder is dan de groep „die moeite heeft met kleuren zien”.³

In onze huisartsenpraktijk hebben wij enige ervaring opgedaan met de combinatie van de Boehringer-strip (BM-test-BG) en de voor de patiënt zeer eenvoudig te bedienen Hypocount-„B”-meter (geen batterijen, geen ijkvlloeistof).^{2,4} Volledigheidshalve moet behalve de prijs van de teststroken ook de prijs van de meters worden genoemd (steeds inclusief BTW):

Glucometer	f 666,70
Hypocount „A” voor Ames Dextrostix-stroken	f 595,—
Hypocount „B” voor Boehringer BM-test-BG-stroken	f 649,—
Reflolux	f 678,50

De meeste ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars zijn inmiddels overgegaan tot gehele of gedeeltelijke vergoeding van een bloedsuikerbepalingsmeter.

LITERATUUR

¹ Eijk HG van. Waarmee kunnen patiënten met diabetes mellitus het glucosegehalte in urine en bloed meten? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 315-7.

² Ballegoie E van. Zelfcontrole met bloedstrips: met of zonder meter? Modern Medicine 1983; 671-86.

³ Wise P, et al. Comparative accuracy of portable blood-glucose monitors. JR Coll Physicians Lond 1983; 17.

⁴ Gries FA, Köschinsky T, et al. Netzunabhängige Kleinreflektometer zur Blutglucose-selbstkontrolle. Dtsch Med Wochenschr 1982; 107: 1135-9.

Raalte, februari 1984

J.C. PONTEN