

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Chelatiebehandeling, geloven tegen beter weten in

Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 21 april 1984 bevat op bl. 775-777 een redactionele ontboezeming naar aanleiding van de chelatie-therapie. Tegen deze ontboezeming heb ik twee bezwaren.

1. De heer Aakster zou hebben gezegd dat de voorstanders van de chelatietherapie geen wetenschappelijk onderzoek kunnen doen zonder dat dit wordt betaald; u stelt daar tegenover dat veel onderzoekers van hun werk niet financieel beter worden. Het ontvangen van een vergoeding voor kosten van een onderzoek is echter iets anders dan van een onderzoek financieel er op vooruit gaan. Dat iemand dit laatste niet doet, betekent dus niet dat hij zijn onderzoek kan doen en ook nog publiceren zonder vergoeding van kosten.

2. Uw generalisatie naar de „alternatieve” geneeskunde is niet verantwoord. Alternatief is men gaan noemen natuurgeneeskunde, homeopathie, acupunctuur en enkele andere onderling zeer verschillende zaken die echter gemeen hebben dat hun voorstanders trachten patiënten te behandelen zonder gebruik te maken van giftige stoffen zoals geneesmiddelen. In de ogen van een natuurarts, om daar maar even bij te blijven, houdt men zich in de schoolgeneeskunde bezig met het bestrijden van symptomen ongeveer zoals het gebeurt met rupsen op een pereboom. Het is begrijpelijk, dat wie zijn best doet in de schoolgeneeskunde het niet leuk vindt zo te worden bekeken, maar dat mag niet leiden tot het bezigen van andere dan zorgvuldige argumenten in een wetenschappelijk tijdschrift. Als u de chelatietherapie, die met de natuurgeneeskunde niets heeft te maken behalve dat het ook gaat over de behandeling van patiënten, op één hoop veegt met de bovengenoemde „alternatieve” vormen van geneeskunst, draagt u slechts bij tot de vertroebeling van inzicht dat al zo veel van dit soort discussies kenmerkt.

Drunen, april 1984

A.A. HARTMAN

In uw commentaar „Chelatiebehandeling, geloven tegen beter weten in”, citeert u een commentaar uit de *New England Journal of Medicine* betreffende een tweedeling van de alternatieve genezers: de „gelovigen” en de „kwakzalvers”. U onderschrijft deze mening kennelijk. Mag ik u daarom wijzen op nog een derde categorie: de „serieuzen”, die zich eerst behoorlijk in een bepaalde methode verdiepen en daarna gaan zoeken naar mogelijkheden de feitelijke effectiviteit van de methode te toetsen? Ik reken mijzelf tot deze laatste categorie. Na mijn „alternatieve” vak, de homeopathie, nu gedurende enige jaren te hebben bestudeerd en, zo mogelijk, kritisch te hebben toegepast, heb ik als volgende stap de beide Rotterdamse hoogleraren huisartsgeneeskunde benaderd om advies te vragen over het opstellen van een zinvol toetsingsmodel. Ook als bestuurslid van de Rotterdamse Plaatselijke Huisartsen Vereniging hoop ik door middel van de richtlijnen van deze vereniging tot beoordeling van alternatieve therapievormen te kunnen bijdragen.

Ik betreur daarom dergelijke tendentieuze en ronduit beledigende artikelen zoals uw commentaar, daar hiervan

alleen een verdere polarisatie te verwachten is en de serieuze discussie ernstig wordt belemmerd. Dit is geen pleidooi ten gunste van chelatietherapie, waarvan ik mij nog nauwelijks op de hoogte heb gesteld.

Rotterdam, april 1984

H.G. BODDE

Collega Hartman is terecht van mening, dat een onderzoek niet kan worden verricht zonder een redelijke kostenvergoeding. Niemand zal daarover met hem van mening verschillen. De indruk bestaat echter, dat het voor een chelatiebehandeling gevraagde tarief voldoende ruimte voor een dergelijke kostenvergoeding voor te verrichten onderzoek laat. Voorts heeft collega Hartman er bezwaar tegen als het epitheton „alternatief” op de chelatietherapie wordt toegepast. Zoals men in het redactionele commentaar kan lezen, is het de heer Aakster, die in zijn commentaar bij het „Tegenrapport” het standpunt heeft ingenomen, dat deze behandeling bij de alternatieve geneeskunde thuis hoort.

Collega Bodde vindt dat er naast „gelovige” en „bedriegelijke” alternatieve genezers nog plaats is voor „serieuze”. Het zal hem bekend zijn, dat wetenschappelijke toetsing van homeopathische geneesmiddelen, zelfs indien uitgevoerd door gemengde teams van homeopathische en allopathische artsen, tot nog toe geen tastbare resultaten heeft opgeleverd. Indien men toch serieus alternatieve therapieën wil blijven onderzoeken, beweegt men zich op het terrein van de wetenschappelijke onderzoekers die maatschappelijke verschijnselen bestuderen, d.w.z. de sociologen; een praktische toepassing van dit soort behandeling laat zich echter niet zo maar verenigen met een afstandelijke bestudering. Helaas is collega Bodde de diepere zin van het commentaar, nl. de absurditeit van het zoeken naar een toetsingsmodel dat afwijkt van de gangbare wetenschappelijke toetsing van een geneeskundige behandelingsmethode, ontgaan. Met normale analytische methoden kan men in lood nooit goud vinden.

Mei, 1984

HOOFDREDACTIE

Levenbedreigende obstructie door ontstekingen in de hoge luchtwegen bij kinderen

Het is jammer dat Hylkema et al. in hun klinische les niet stilstaan bij de door de huisarts aan patiëntje B gegeven geneesmiddelen.¹ Een meisje van 2¹/₂ jaar (gemiddeld gewicht op deze leeftijd ongeveer 15 kg) kreeg 200 mg theofylline rectaal, en 250 mg amoxicilline en 5 mg prednison oraal toegediend. Waarschijnlijk is de theofylline toegediend in de vorm van aminofylline: 200 mg theofylline komt overeen met ongeveer 240 mg aminofylline. Zij kreeg derhalve: 16 mg aminofylline/kg; de normdosering bedraagt 15-18 mg/kg/dag in 3-4 maal. Ook indien wordt uitgegaan van een oplaaddosis wordt de gebruikelijke dosering overschreden: bij een biologische beschikbaarheid van 70% na rectale toediening bedroeg de dosering 160-170 mg aminofylline, hetgeen overeenkomt met ongeveer 11 mg/kg, terwijl de algemeen aanvaarde intraveneuze oplaaddosis

5,6 mg/kg bedraagt.² Geconcludeerd moet derhalve worden dat aan patiëntje B een te hoge dosis amino- c.q. theofylline is toegediend. Overdosering van theofylline-houdende preparaten bij jonge kinderen kwam en komt helaas nog veel voor; terecht wordt in het Vademecum Vergiftigingen hier extra de aandacht op gevestigd: „bij kinderen beneden 4 jaar is dodelijke afloop bekend na 16 mg/kg aminofylline”.³ Onzes inziens kan een aantal van de beschreven klinische verschijnselen bij patiëntje B worden verklaard door overdosering van amino- c.q. theofylline, en het ware juist geweest indien de schrijvers hierbij stil hadden stilgestaan.

LITERATUUR

¹ Hylkema BS, Gerritsen J, Edens ETh. Levenbedreigende obstructie door ontstekingen in de hoge luchtwegen bij kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 745-8.

² Jonkman JHG, Koëter GH. Dodelijke theofylline-intoxicaties na foutieve intraveneuze dosering. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 23-4.

³ Vademecum Vergiftigingen. Amsterdam, Elsevier: 1980: 193.

Breda, mei 1984

A. STURMAN, apotheker

Of de te hoge dosering theofylline heeft bijgedragen tot het dramatische beloop is achteraf moeilijk uit te maken. De theofylline-spiegel is door ons niet bepaald. Overigens kunnen de apnoe en asystolie geheel worden verklaard door de acute epiglottitis – een dergelijk beloop is maar al te bekend en maakt deze aandoening juist zo gevreesd – evenals de erop volgende anoxische cerebrale schade. Niettemin is de kanttkening van de heer Stuurman volledig op zijn plaats.

Enschede,
Groningen, mei 1984

B.S. HYLKEMA
J. GERRITSEN
E.TH. EDENS

Continue epidurale infusie van opiaten; een nieuwe vorm van pijnbestrijding bij patiënten in het terminale stadium van ziekte

Naar aanleiding van het artikel van Van der Ende¹ willen wij onze bijzondere ervaring beschrijven met continue *subcutane* infusie van morfine.

Een 55-jarige vrouw onderging een palliatieve rectumamputatie wegens carcinoom. Na een periode zonder klachten van 10 maanden, kreeg zij toenemende lage-rugpijn, door een lokaal recidief en een metastase in het grote bekken. In de hieropvolgende maanden hebben wij stap voor stap het hele arsenaal van pijnbestrijdende middelen en beschikbare methoden toegepast, o.a. epidurale analgesie met nicomorfine, morfine per os en „tussendoor” subcutane morfine-injecties waarbij de dosis soms tot 300 mg per etmaal opliep. Het resultaat was echter onbevredigend.

Gezien de ervaringen van anderen, zijn wij begonnen met continue subcutane morfinetoediening via een vleugellaaldje in de bovenarm.^{2 3} Met behulp van een aan het hoofdeinde van het bed bevestigde Vickers Universal Pomp welke een 60 ml wegwerpspuit aandreef, werd de morfine gedoseerd. Snel leerden patiënte en haar echtgenoot de pomp te bedienen en de morfinedosis op de pijn af te stemmen. Patiënte had aanzienlijk minder bijwerkingen van morfine dan in de perioden van orale of intermitterende parenterale toediening. Anti-emetica en (of) psychopharmacaca waren 6 maanden niet nodig. Prednison (25 mg per

dag) was het enige middel dat zij „erbij” gebruikte. Gedurende 21 weken was de morfinebehoefte vrij constant, gemiddeld 160 mg per dag (variërend van 90 tot 210 mg per dag). 's Nachts was meer morfine nodig, vooral tegen de vroege ochtend. Patiënte was in staat beter te eten dan tevoren en kon weer redelijk aan haar gezinsleven meedoen. Vanaf de 22e week werd de pijn, waarschijnlijk door een pathologische bekkenfractuur, moeilijk te beheersen en was meer morfine nodig (gemiddeld 270 mg per dag). Na 30 weken geslaagde behandeling werd in het ziekenhuis een spinaalblok aangelegd, met fenol. Patiënte overleed in vrede 3 weken later. De hele periode van 8 maanden heeft zij thuis kunnen doorbrengen.

Voor langdurige bestrijding van pijn bij patiënten in het terminale stadium van kanker achten wij continue subcutane morfinetoediening een simpel toe te passen aanwinst, die kan bijdragen aan een betere verzorging van de patiënten, waarbij opnemings in het ziekenhuis vermeden kan worden.

LITERATUUR

¹ Ende N van der. Continue epidurale infusie van opiaten; een nieuwe vorm van pijnbestrijding bij patiënten in het terminale stadium van ziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 446-9.

² Hutchinson HT, Leedham GD, Knight AM. Continuous subcutaneous analgesics and antiemetics in domiciliary terminal care. Lancet 1981; ii: 1279.

³ Campbell CF, Mason JB, Weiler JM. Continuous subcutaneous infusion of morfine for pain of terminal malignancy. Ann Intern Med 1983; 98: 51-2.

Nijmegen,
Zwartsluis, april 1984

Z. ZYLICZ
P.H. KLEINGELD

De door Zylicz en Kleingeld toegepaste methode verschilt niet essentieel van veelvuldige (!) orale en (of) parenterale toediening. In de eerste plaats zijn er eveneens hoge doses opiaten nodig en in de tweede plaats is de farmacokinetiek van deze toedieningsvormen dezelfde. De verminderde bijwerkingen worden mijns inziens veroorzaakt door de constante hoge bloedspiegel die de toxische grens ook niet tijdelijk overschrijdt (dit in tegenstelling tot intermitterende toediening). Met hetzelfde resultaat zou men ook constante intraveneuze toediening kunnen toepassen. Omdat de patiënten de dosering kunnen aanpassen, ontstaat er geen tijdverlies tussen het opkomen van de pijn en het geven van een nieuwe dosis analgetica; dit garandeert voor de patiënt een betere analgesie. De resorptie is echter afhankelijk van de perifere circulatie, zodat deze zeer sterk kan wisselen.

Epidurale toediening van opiaten is een essentieel andere methode, die gekenmerkt wordt door zeer lage dosering en minder duidelijke algemene bijwerkingen. Bovenbeschreven methode heeft zeker verdiensten, doch is niet vergelijkbaar met epidurale toediening.

Utrecht, mei 1984

N. VAN DER ENDE

Het risico van overlijden bij sport

Het artikel van Dolmans et al. is minder volledig dan de titel doet vermoeden.¹ Het is duidelijk gericht op het verband tussen vasculaire problemen en plotselinge dood bij sport. Het gaat voorbij aan een aantal andere oorzaken van plotselinge dood, zoals doping, trauma, warmtestuwing, alhoewel dit laatste in Nederland nauwelijks voorkomt. Tabel 3 met als titel cardiovasculaire aandoeningen omvat