

hebben. Het geven van meer informatie en het organiseren van bijeenkomsten had dan ook weinig of geen uitwerking op het aanvraaggedrag. De auteurs hadden de ervaring dat grotere besparingen werden verkregen door het veranderen van aanvraagformulieren. Deze werden zodanig gewijzigd dat een probleemgeoriënteerde indeling werd verkregen, waarbij bepalingen in diagnostisch relevante groepen, zoals hypo- en hyperthyreoïdie, werden bijeengevoegd.<sup>2</sup> Een andere diagnostische groep waarbij dit zeer doelmatig uitgevoerd kon worden, was die van de laboratoriumbepalingen bij virushepatitis. De auteurs komen tot de conclusie dat ingrijpen in het aanvraagpatroon om kosten te verminderen, moet geschieden door introductie van klinisch geschikte algoritmes voor diagnostische onderzoeken. Slechts hiermede is het mogelijk het gebruik van oneigenlijke protocollen tegen te gaan. Of deze oplossing op alle gebieden van de klinisch-chemische en hematologische diagnostiek te hanteren is, is de vraag. In elk geval zal, meer nog dan nu al het geval is, een beroep worden gedaan op de inbreng van klinisch-chemici.

Een andere groep van onderzoekers zocht meer naar de oorzaak of de schuldige van het misbruik van laboratoriumbepalingen.<sup>3</sup> Zij toetsten de hypothese dat er een direct verband bestaat tussen de verhouding normale resultaten tot alle resultaten van bepalingen aangevraagd door een arts en de verhouding oneigenlijke aanvragen tot alle aanvragen. Deze laatste verhouding werd verkregen door beoordeling van statussen door een „utilization review audit”. Deze hypothese werd al eerder door andere onderzoekers naar voren gebracht.<sup>4,5</sup> Hierbij vond men een hoge correla-

tie: een arts die veel normale laboratoriumuitslagen krijgt, maakt misbruik van laboratoriumfaciliteiten. Eisenberg en medewerkers tonen dit verband niet aan en menen dat dit onder meer komt doordat zij meer dan de andere auteurs, de redelijkheid van een aanvraag als onafhankelijke grootte beoordelen en dit niet lieten hangen van de invloed van de uitslag op de behandeling van de patiënt.<sup>3</sup> Bovendien verzamelden zij aanzienlijk meer gegevens, zij beoordeelden het gebruik van 10 bepalingstypen met een totaal van 13067 in 3497 statussen van 81 artsen. Uit dit onderzoek blijkt dat het bijzonder moeilijk is om een kwaliteitsbeoordeling van artsen op te stellen aan de hand van „exacte” gegevens. Kwaliteit van medisch handelen is moeilijk in getal en maat uit te drukken en blijkt een gevaarlijk gereedschap in handen van kostenbewakers.<sup>6</sup>

#### LITERATUUR

- 1 Wong ET, Lincoln TL. Ready! Fire! . . . Aim! An inquiry into laboratory test ordering. JAMA 1983; 250: 2510-3.
- 2 Wong ET, McCarron MM, Shaw ST. Ordering of laboratory tests in a teaching hospital. JAMA 1983; 249: 3076-80.
- 3 Eisenberg JM, Williams SV. Limited usefulness of the proportion of tests with normal results in review of diagnostic service utilization. Clin Chem 1983; 29: 2111-3.
- 4 Dixon RH, Laszlo J. Utilization of clinical chemistry services by medical housestaff. Arch Intern Med 1974; 134: 1064-7.
- 5 Baillet HL, Balzer JA, Clive J. Evaluation of a focussed dental utilization review system. Med Care 1983; 21: 473-85.
- 6 Hampton JR. The end of clinical freedom. Br Med J 1983; 287: 1237-8.

A. VAN DEN ENDE

## 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)*

### *De preventie van coronaire hartziekten*

De omstandigheid, dat een kwart van de Nederlanders nog steeds sterft aan coronaire hartziekten en het feit dat de klinische cardiologie en thoraxheekunde alleen verzachting van het lot of uitstel van executie kunnen brengen, brengen met zich mee, dat alleen eerder ingrijpen in het ziektebeloop het aantal al of niet dodelijk verloopende hartinfarcten en het aantal gevallen van plotselinge hartdood kan terugdringen.

Bij de opzet van het COPIH-onderzoek vroeg men zich af of men personen met een ongewoon risico voor het krijgen van een hartinfarct of acute hartdood zou kunnen opsporen voordat zich een klinische uiting daarvan manifesteert.<sup>1</sup> Dit was niet, zoals Hofman stelt, een van de uitgangspunten, maar een punt van onderzoek. De desbetreffende hypothese luidde: „Het is mogelijk personen met een verhoogd risico voor een hartinfarct of acute hartdood te herkennen”. Toetsing van deze hypothese leverde het resultaat op, dat bij werkende Nederlandse mannen van 35 tot 65 jaar „bijna 60% van de toekomstige slachtoffers voorkomt in het vijfde deel van het personeelsbestand, dat bij onderzoek (op cholesterol, sigarettenuitruik, ECG-afwijkingen en bloeddruk) het hoogste scoort”.

Deze uitkomst heeft echter niet geleid tot een aanbeveling voor algemeen bevolkingsonderzoek, zoals Hofman suggereert met zijn verwijzing naar een publikatie van Oliver, die de „mass control of coronary risk factors” afwijst. Wel wordt

aanbevolen bij aanstellingsonderzoek of periodiek bedrijfsgezondheidsonderzoek te letten op risico-indicatoren en deze te integreren tot een risico-score, die van belang wordt geacht voor het medische beleid (aanbevelingen 2 en 3).

Een tweede misverstand betreft de invloed van de leeftijd. Dat met een zelfde patroon voor coronaire risicofactoren oudere mensen vaker worden getroffen dan jongeren is geheel in overeenstemming met het beschreven theoretische model. Het bereik van het cruciale niveau van de klinische manifestatie hangt af van de snelheid van de ontwikkeling van de coronariasclerose en van de duur van de inwerking, die uiteraard langer zal zijn bij hogere leeftijd. Het betoog van Hofman in de laatste alinea van de eerste kolom en boven in de tweede kolom op bladzijde 564 acht ik hiermee weerlegd.<sup>2</sup>

Tenslotte wil ik nog even ingaan op Hofmans opmerking dat „Het COPIH-project niet is ingegaan op de kernvraag: helpt 't?”. Aan de vraag is ongeveer de helft van de inspanning van het COPIH-onderzoek gewijd. Het resultaat is weergegeven als de toetsing van hypothesen III en IV. De eerste van deze beide veronderstellingen luidt: „Een aantal risicofactoren is in gunstige zin te beïnvloeden”. Deze hypothese kan worden getoetst en bevestigd binnen het COPIH-onderzoek en o.a. door de WHO European collaborative trial in the multifactorial prevention of coronary heart disease in London, Gent en Rome. Steeds bleek het effect van pogingen tot interventie op de risicofactoren groter naarmate men zich meer inspanning getroostte. Daar

die inspanning in België groot en in Engeland klein was, zijn alleen de grote effecten in België van belang bij de toetsing van de tweede hypothese: „Geslaagde interventie ten aanzien van de risicofactoren leidt tot vermindering van incidentie en sterfte aan ischemische hartziekten”. Bij de COPIH bestond geen controlegroep en in België wel. Vandaar het belang voor de toetsing van deze laatste hypothese. Het Britse deel werd hier bewust niet genoemd als zijnde irrelevant.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Eindrapport van de Commissie Opsporing en Preventie van Ischaemische Hartziekten (COPIH). Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Eindhoven, 1983.

<sup>2</sup> Hofman A. De preventie van coronaire hartziekte. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 563-5.

Leiden, april 1984

F.H. BONJER

De argumenten die collega Bonjer in de eerste alinea van zijn gewaardeerde brief aanhaalt voor onderzoek van hartziekten, onderschrijf ik, zoals ik in mijn commentaar ook de waarde van het COPIH-onderzoek in dit verband heb onderstreept.

Ik heb niet geschreven dat de COPIH-onderzoekers een algemeen bevolkingsonderzoek propageren, maar hun aanbeveling letterlijk weergegeven: „Op individueel niveau is de persoonsgerichte, op populatieniveau de algemene preventie het belangrijkste”.

De opmerking over de rol van de leeftijd in de pathogenese van coronaire hartziekte is mijns inziens irrelevant voor de vraag die de COPIH probeerde te beantwoorden: is het mogelijk mannen die een myocardinfarct zullen krijgen vroegtijdig op te sporen? Mijn commentaar, dat opname van de leeftijd in de risico-functie een geflatteerd beeld geeft van de risico-score, is daarmee niet weerlegd.

Het COPIH-onderzoek heeft veel aandacht besteed aan verlaging van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De uiteindelijke vraag is echter niet of risicofactoren verlaagd kunnen worden, maar of deze interventie leidt tot verlaging van de morbiditeit en mortaliteit aan hartziekten. Zoals collega Bonjer schrijft kon door het ontbreken van een controlegroep in de COPIH per definitie niet op deze kernvraag worden ingegaan.

A. HOFMAN

### *Hematologische maligne ziekte veroorzaakt door een humaan virus*

Het verslag door Daenen van de in maart 1983 gehouden klinisch-pathologische conferentie in het Academisch Ziekenhuis in Groningen belicht het interessante aspect van de behandeling van een zogenaamde exotische ziekte in Nederland.<sup>1</sup> Het gaat om een patiënte uit Curaçao van wie vastgesteld kon worden dat zij lijdt aan een bepaalde vorm van T-cel-leukemie die geassocieerd is met het humane T-cel-leukemie/lymfoomvirus, HTLV. Terecht wijzen Nieweg en De Wolf in hun commentaar erop, dat dit soort ziekten met de toename van de migratie over de wereld wel eens vaker door artsen in West-Europa gezien zou kunnen gaan worden.<sup>2</sup>

Het bovengenoemde geval van HTLV geassocieerde T-cel-leukemie is niet het eerste dat in Nederland is beschreven. Wij hebben reeds in 1982 gerapporteerd over een soortgelijke patiënte afkomstig uit Suriname,<sup>3</sup> bij wie oorspronkelijk chronische lymfatische T-cel-leukemie ge-

diagnostiseerd was.<sup>4</sup> Haar T-lymfocyten bleken HTLV-antigenen te bevatten en na in vitro doorkweken ook viruspartikels uit te scheiden.<sup>5,6</sup> Ook bleken onze patiënte en enkele van haar familieleden, onder wie een zuster in Nederland, antistoffen tegen HTLV in het bloed te hebben.<sup>7</sup>

Recente onderzoeken in samenwerking met de groep van Gallo in de Verenigde Staten, en Coutinho van de GG en GD in Amsterdam, hebben aangetoond dat HTLV-seropositieve individuen ook onder de Surinaams/Antilliaanse bevolkingsgroep in Nederland voorkomen.<sup>8</sup> Een zorgvuldige analyse van het voorkomen van HTLV en de ermee gepaard gaande ziektebeelden lijkt dus gewenst.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Daenen S. Hematologische maligne ziekte veroorzaakt door een humaan virus. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 957-60.

<sup>2</sup> Nieweg HO, Wolf J de. Lymphoma malignum en virus. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 961-2.

<sup>3</sup> Vyth-Dreese FA, Vries JE de. Human T-cell leukaemia virus in lymphocytes from a T-cell leukaemia patient originating from Surinam. Lancet 1982; ii: 993.

<sup>4</sup> Soesbergen RM van, Feltkamp-Vroom TM, Feltkamp C, Somers R, Beek WP van. T-cell leukemia presenting as chronic polyarthritis. Arthritis Rheum 1982; 25: 87-91.

<sup>5</sup> Vyth-Dreese FA. Menselijk T-cel leukemie virus ook in Nederlandesignaleerd. Tijdschr Kanker 1983; 7: 6-8.

<sup>6</sup> Vyth-Dreese FA. Differentiation of human neoplastic T cells. Amsterdam, 1983. Proefschrift.

<sup>7</sup> Vyth-Dreese FA, Rümke Ph, Robert-Guroff M, Lange G de, Gallo RC. Antibodies against human T-cell leukemia/lymphoma virus (HTLV) and expression of HTLV p19 antigen in relatives of a T-cell leukemia patient originating from Surinam. Int J Cancer 1983; 32: 337-42. to the Netherlands. Leuk Res 1984; Ter perse.

Amsterdam, juni 1984

F.A. VYTH-DREESE  
J.E. DE VRIES  
PH. RÜMKE

### *Intranasale toediening van luteïniserende hormone-releasing hormone voor de behandeling van de niet-ingedaalde testis*

Met belangstelling hebben wij het artikel van de collegae Van der Meijden, Schreinemachers en Janknegt gelezen.<sup>1</sup> De door hen vermelde werking van de hormonen LH-RH en HCG, nl. op de hypothalamus resp. de hypofyse, heeft ons zeer verbaasd. Wij zijn benieuwd naar de referenties hiervan. Wij veronderstellen dat LH-RH rechtstreeks op de hypofyse aangrijpt en HCG op de testis.<sup>2</sup> Inmiddels zijn er vele aanwijzingen dat intermitterende toediening van LH-RH (1 dosis per 90 tot 120 minuten) met een infusiepompje essentieel is voor een optimale secretie van LH en FSH door de hypofyse.<sup>3,4</sup> Op grond van deze gegevens is een doeltreffende behandeling van retentio testis met LH-RH te verwachten indien men dit hormoon op overeenkomstige wijze toedient.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Meijden APM van der, Schreinemachers LMH, Janknegt RA. Intranasale toediening van luteïniserende hormone-releasing hormone voor de behandeling van de niet-ingedaalde testis. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 992-6.

<sup>2</sup> Williams RH. Textbook of endocrinology. Philadelphia: Saunders, 1981.

<sup>3</sup> Lorijn RHW, Rolland R. Intermitterende toediening van LH-RH met een automatisch infusiepompje: een nieuwe wijze van ovulatie-inductie. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 577-9.