

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

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

² 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.¹ 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.²

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,³ bij wie oorspronkelijk chronische lymfatische T-cel-leukemie ge-

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

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.⁸ Een zorgvuldige analyse van het voorkomen van HTLV en de ermee gepaard gaande ziektebeelden lijkt dus gewenst.

LITERATUUR

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

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

³ 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.

⁴ 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.

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

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

⁷ 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.¹ 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.² 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.^{3,4} 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

¹ 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.

² Williams RH. Textbook of endocrinology. Philadelphia: Saunders, 1981.

³ Lorig 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.

⁴ Delemarre-van de Waal HA, Schoemaker J. Induction of puberty by prolonged pulsatile LRH administration. Acta Endocrinol 1983; 102: 603-9.

Amsterdam, mei 1984

C.B. LAMBALK
H.A. DELEMARRE-VAN DE WAAL
G.P. VAN REES

In hun boeiende artikel beweren Van der Meijden et al. dat LH-RH aangrijpt op de hypothalamus en dat HCG de hypofyse stimuleert.¹ Werken de onderzoekers niet 1 niveau te hoog? LH-RH stimuleert mijns inziens hypofyse en HCG grijpt aan op de gonaden.

LITERATUUR

¹ Meijden APM van der, Schreinemachers LMH, Janknegt RA. Intranasale toediening van luteïniserend hormoon-releaser voor de behandeling van de niet-ingedaalde testis. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 992-6.

Rotterdam, mei 1984

J. LIND

De collegae Lambalk, Delemarre-van de Waal, Van Rees en Lind hebben natuurlijk gelijk wanneer zij stellen dat LH-RH de hypofyse stimuleert en HCG de testis. Wij hopen dat zij onze bewering als een spijtig ingeslopen vergissing en niet als een gebrek aan basiskennis willen beschouwen.

Dat de intermitterende toediening van LH-RH met een infusiepompje essentieel is voor een optimale LH- en FSH-secretie door de hypofyse lijkt inmiddels vast te staan. Voor zover ons bekend, zijn er in de urologische literatuur nog geen publikaties verschenen waarin men deze wijze van toediening heeft toegepast voor de behandeling van de niet-ingedaalde testis.

Nijmegen, juni 1984

A.P.M. VAN DER MEIJDEN
L.M.H. SCHREINEMACHERS
R.A. JANKNEGHT

Een laboratoriumfout met dodelijke afloop

In de klinische les „Een laboratoriumfout met dodelijke afloop” gaat prof.dr. J. Kremer uitvoerig in op naspeuringen, door vele betrokkenen met inzet verricht, om de oorzaak van het onjuist bepalen van een rhesusfactor op te helderen.¹ Deze grote inzet was terecht, gezien het grote leed dat een patiënte en haar gezin hebben moeten ondergaan! Na lezing zijn wij met de gegeven beschrijving niet erg voldaan en wel om drie redenen:

1. Het is voor ons de vraag of een op zichzelf nuttige verhandeling over diverse foutenbronnen in laboratoria door een niet-laboratoriumspecialist in dit tijdschrift het best verwoord kan worden.

2. Geen laboratoriumdeskundige zal in ernst volhouden dat „in ons laboratorium geen fouten worden gemaakt”. Het is juist zo gesteld dat de laboratoriumspecialist meer tijd aan kwaliteitsbewaking spendeert dan enige andere collega en dat een laboratorium in het algemeen vrij exact kan aangeven hoe de foutenmarge bij diverse bepalingsoorten ligt.

3. De fatale, zeer betreurenswaardige rhesusfactoranalyse werd in hetzelfde jaar (1976) reeds gecorrigeerd door het eigen ziekenhuislaboratorium. Uit de les blijkt dat dit feit aan de aandacht van de destijds behandelend gynaecoloog is ontsnapt, met alle gevolgen van dien. Het artikel zou aan waarde gewonnen hebben indien behalve aan de geschetste laboratoriumproblemen een beschouwing zou zijn gewijd

aan het grote probleem van de verwerking van laboratoriumgegevens in kliniek en polikliniek. Dit is alleen al door de veelheid aan gegevens een groot probleem. Het opduiken van de correcte rhesusfactor in de retrospectief onderzochte status van patiënte is daarvan een triest voorbeeld. In de oratio pro domo waarmee het artikel wordt afgerond, wordt aan gynaecologen een voortreffelijkheid toegeschreven die met evenveel recht voor de klinisch-chemicus of laboratoriumarts geldt of, zo men wil, die in beide gevallen even sterk gerelativeerd dient te worden! Op dit punt ontbreekt het in het betoog aan evenwicht.

LITERATUUR

¹ Kremer J. Een laboratoriumfout met dodelijke afloop. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 985-7.

Rotterdam, mei 1984

B.G. BLIJENBERG
G.J.M. BOERMA

Ad 1. Aan het einde van de klinische les wordt dank gebracht aan allen die noodzakelijke gegevens ter beschikking hebben gesteld. Hiertoe behoorde ook het Hoofd van het betreffende streeklaboratorium (een laboratoriumspecialist). Zijn inbreng was zo belangrijk dat hij is gevraagd mede-auteur van het artikel te zijn. Daarvan werd afgezien omdat het desbetreffende streeklaboratorium gelokaliseerd had kunnen worden. Overigens is ook de auteur van deze klinische les door de aard van zijn werk niet onbekend met laboratoriumproblemen.

Ad 2. De gewraakte uitspraak werd door de in het artikel genoemde huisarts vernomen uit de mond van het Hoofd van het betreffende huisartsenlaboratorium. Er was geen reden om aan de ernst van deze uitspraak te twijfelen.

Ad 3. De zin: „Van elke gynaecoloog in Nederland mag worden verondersteld . . .” is niet bedoeld als een oratio pro domo en suggereert geen voortreffelijkheid maar een vanzelfsprekendheid. Als vergelijking kan men stellen dat van de Nederlandse Spoorwegen verondersteld mag worden dat de treinen elke dag op tijd vertrekken en aankomen zonder dat men de daarvoor verantwoordelijke personen enige voortreffelijkheid toeschrijft.

Groningen, juni 1984

J. KREMER

Bij het artikel van Kremer zouden wij enkele opmerkingen en aanvullingen willen plaatsen.¹

De niet direct met de patiëntenzorg belaste stafleden, zoals klinisch-chemici, kennen de bijna moedeloos makende zekerheid, dat ondanks niet aflatende zorg voor een optimale organisatie, gericht op een zo klein mogelijke kans op laboratoriumfouten en het voortdurend motiveren van de medewerkers, er toch laboratoriumfouten, waarvan sommige met dodelijke afloop, gemaakt blijven worden. Terwijl zij meestal wel met de negatieve zaken worden geconfronteerd, missen zij ter compensatie de positieve waardering van tevreden patiënten.

Om de kans op laboratoriumfouten te verkleinen, is onder meer een sluitende patiëntenidentificatie noodzakelijk. De door Kremer aanbevolen methode: het tijdens het afnemen van bloed door venapunctie voorlezen van de naam en adres of geboortedatum, zoals vermeld op het op de buis geplakte etiket geeft geen garantie dat de patiënt het voorgelezen verstaan en begrepen heeft (anderstaligen!). De patiënt kan dan onterecht met ja antwoorden. Onzes inziens verdient het de voorkeur de patiënt te vragen naar naam en geboortedatum en die gegevens te vergelijken met die van de op de buizen geplakte etiketten. Nadrukkelijk