

geen verband met de geuite klachten houden. Daarbij is de aandacht vooral op risicogroepen gericht, omdat hierdoor het rendement van de methode wordt verhoogd. Wat betreft de cervixcarcinoom heb ik geenszins de door Lammes vermelde beperking tot vrouwen met vroeg geslachtsverkeer met wisselende partners en slechte hygiëne e.d. bepleit. Er zijn zeker argumenten om alle vrouwen boven de 25 jaar de mogelijkheid te bieden om een uitstrijkje te laten maken.

Wel heb ik erop gewezen dat vooral aandacht besteed moet worden aan de bekende risicogroepen. Het door Lammes geciteerde onderzoek waarbij bleek dat („slechts”) 55% van de carcinomen zich in een geselecteerde populatie van 10% van de bevolking bevindt, vormt daarbij juist een ondersteuning voor mijn standpunt. Het is immers bekend dat juist onder de risicogroepen veel vrouwen zich niet bij een bevolkingsonderzoek melden. De huisarts bereikt in drie jaar niet alleen een relatief hoog percentage (90%), maar hij kan tevens zorgen dat de vrouwen die een verhoogd risico hebben, grotendeels wél bij het onderzoek worden betrokken. De door mij geciteerde veronderstelling van Kirk en Boon dat vrouwen met een verhoogd risico zich eerder door de huisarts laten „overhalen” tot het laten maken van een uitstrijkje, dan wanneer zij voor een bevolkingsonderzoek worden opgeroepen, vormt daarbij een ondersteuning.<sup>1</sup>

Tenslotte kan de huisarts door een goed signaleringssysteem ook de „resterende” 10% voor een screeningsonderzoek oproepen. Mijns inziens is dit alleen haalbaar indien de huisarts hiervoor een vergoeding zou ontvangen. Uiteindelijk draagt niet de huisarts, maar de vrouw zelf de verantwoordelijkheid om – indien zij dit wenst – cervixcarcinoom vroegtijdig op te sporen.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Kirk RS, Boon ME. A comparison of the efficiency of diagnosis of early cervical carcinoma by general practitioners and cytology screening programs in the Netherlands. *Acta Cytol* (Baltimore) 1981; 25: 259-63.

Zeist, juli 1984

R.A. DE MELKER

### *Definitie en behandeling van hypercholesterolemie; consequenties van het Lipid Research Clinics-onderzoek*

Nadat Katan in het kort de resultaten van het Lipid Research Clinics (LRC)-onderzoek heeft besproken, houdt hij een pleidooi voor dieetinterventie.<sup>1</sup> De titel van zijn stuk doet veronderstellen dat dit een consequentie zou zijn van de resultaten van het LRC-onderzoek. Maar toen de onderzoekers in JAMA de consequenties bespraken, werd ertegen gewaarschuwd de resultaten te extrapoleren naar andere cholesterolverlagende medicamenten dan galzuurbinders, daar het werkingsmechanisme geheel anders kan zijn. Aangezien het onderzoek niet was opgezet om het effect van dieetinterventie te onderzoeken, kunnen de resultaten van dit onderzoek niet meer doen dan de gedachte te steunen dat cholesterolverlaging door dieetinterventie nuttig is.<sup>2</sup>

Chirurgische maatregelen zoals een portocavale shunt of een partiële ileumkortsluiting (PIB) worden door Katan beschouwd als drastische ingrepen die ter sprake komen bij type II hyperlipoproteïnemie (HLP). Type II HLP maakt slechts een klein deel uit van de groep met een cholesterolgehalte in het serum boven het 95e percentiel. Type II HLP

komt echter in West-Europa en de VS met een frequentie van 1:500 voor. Alle 3810 deelnemers aan het LRC-onderzoek hadden een type II HLP. Een PIB voor type II HLP is tot op heden nog weinig toegepast; het werkingsmechanisme is hetzelfde als dat van galzuurbindende middelen, maar er ontstaat een grotere daling van het cholesterolgehalte in het serum, nl. 33-40%.<sup>3</sup> Het effect is obligaat en permanent, hoewel de ingreep niet zonder bijwerkingen, vooral diarree, is.

Uit het LRC-onderzoek bleek dat de daling van het cholesterolgehalte in het serum na 7 jaar slechts 13,9% was in plaats van de verwachte 28%; dit ten gevolge van geringe therapietrouw. De subgroep van deelnemers met een daling van het cholesterolgehalte in het serum van 25% toonde een verminderde incidentie van ischemische hartziekten (ca. 50% tegen 19% voor de gehele groep). Het LRC-onderzoek onderstreept derhalve de waarde van de grote, obligate en permanente verlaging van het cholesterolgehalte in het serum na PIB. PIB dient daarom niet beschouwd te worden als een drastische ingreep, maar als een reëel te overwegen maatregel bij de behandeling van type II HLP.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Katan MB. Definitie en behandeling van hypercholesterolemie; consequenties van het Lipid Research Clinics-onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1102-4.
- <sup>2</sup> Lipid research clinics program. The lipid research clinics coronary primary prevention trial results. I. Reduction in incidence of coronary heart disease. *JAMA* 1984; 251: 351-64.
- <sup>3</sup> Niekerk JLM van, Hendriks T, Boer HHM de. The treatment of familial hypercholesterolemia by partial ileal bypass surgery. *Neth J Med* 1984; 27: 18-23.

Nijmegen, juni 1984

J.L.M. VAN NIEKERK

Onlangs werd door Katan een commentaar gewijd aan de uitkomsten van het Lipid Research Clinics (LRC)-onderzoek.<sup>1</sup> Hij besteedde vooral aandacht aan de consequenties voor de definitie en behandeling van hypercholesterolemie en spreekt zijn voorkeur uit voor algemene dieetadviezen aan de hele bevolking. Wij willen als aanvulling op zijn commentaar vooral de nadruk leggen op de consequenties van dit onderzoek voor de opsporing en behandeling van personen met een ernstige hypercholesterolemie. Dit punt is in de praktijk steeds controversieel geweest. Het tot nu toe ontbreken van het bewijs dat cholesterolverlaging een verminderde kans op coronaire hartziekten geeft met daarbij de discussie rond het medicament clofibrat (de toegenomen sterfte door niet-cardiovasculaire aandoeningen) hebben hiertoe bijgedragen.<sup>2</sup> In het LRC-onderzoek werden mannen met een hoog cholesterolgehalte in het serum behandeld om het bewijs te verkrijgen dat cholesterolverlaging nuttig is. De positieve uitkomst van dit onderzoek heeft derhalve als consequentie dat hypercholesterolemie kan worden opgespoord en behandeld.

Een sterk verhoogd cholesterolgehalte komt veelal voor bij een autosomaal dominante stofwisselingsstoornis, de familiale hypercholesterolemie (hyperlipoproteïnemie type IIa volgens Fredrickson). Het vóórkomen in de Amerikaanse bevolking wordt geschat op 1 op 500. De aandoening gaat gepaard met het vroegtijdig voorkomen van coronaire aandoeningen en met soms hinderlijke peesxanthomen. Het is mogelijk met dieet en galzuurbindende medicamenten (cholestyramine, colestipol) een cholesterol-daling van 20 à 30% te verkrijgen.<sup>3</sup> Er zijn thans onderzoeken gaande met nieuwe veelbelovende preparaten, cholesterol-syntheseremmers, waarbij sprake is van dalingen rond de 50%.<sup>4</sup> De patiënten blijken door de hoge morbiditeit en sterfte door coronaire aandoeningen in hun familie