

Ik ben prof. Muntendam zeer erkentelijk voor zijn reactie. Omdat dit een openbare discussie is in de kolommen van dit tijdschrift, stel ik er prijs op eraan toe te voegen dat het verre van mijn bedoeling was kritiek uit te oefenen op een persoon die zulke grote verdiensten voor de Nederlandse gezondheidszorg heeft gehad als Muntendam. Uitsluitend het werk van de naar hem genoemde commissie is hier aan de orde.

Met het werk van de commissie-Delprat ben ik op de hoogte, evenals met het feit dat commissies van de Gezondheidsraad geen wetenschappelijk onderzoek doen. Daar gaat het mijns inziens ook niet om. Wat is namelijk het geval? De commissie-Muntendam heeft zich uitvoerig beziggehouden met aspecten van de voorwaarden waaronder alternatieve geneeskunde in Nederland zou kunnen worden uitgeoefend. Naar mijn mening, maar dat is mijn persoonlijke mening, had in dat verband ook aandacht besteed behoren te worden aan de vraag aan welke methodologische eisen effectiviteitsonderzoek moet voldoen alsvorens op grond daarvan alternatieve geneeswijzen kunnen worden toegelaten, respectievelijk als kwakzalverij kunnen worden aangemerkt. De wettelijke regeling rond het toelaten van nieuwe geneesmiddelen stelt toch ook dergelijke voorwaarden vast? Een ieder die het rapport van de commissie-Muntendam heeft gelezen, weet dat de commissie dit niet als haar taak zag. Ik blijf dat een gemiste kans vinden. Het gaat hier niet om het zelf doen van onderzoek, maar om het richting geven aan de discussie over hoe onderzoek ten aanzien van alternatieve geneeswijzen behoort te worden uitgevoerd. Naar mijn mening had dat aspect zeker op de weg van de commissie-Muntendam gelegen. Wellicht had een duidelijke uitspraak indertijd van deze commissie kunnen voorkomen dat thans een onderzoek gestart wordt, dat op geen enkele wijze aan redelijke kwaliteitseisen voldoet, dat desondanks een zeer belangrijke hoeveelheid geld kost en bovendien de „politiek” het idee geeft dat ze er wat aan gedaan heeft...

Rotterdam, juli 1984

J. LUBSEN

De klinische betekenis van hemodynamisch, niet-invasief onderzoek bij patiënten met arteriële vaatziekten van de benen

Het artikel van Breslau, Jörning en Greep gaf mij een onbevredigd gevoel.¹ Met de inhoud van het geschrevene ben ik het geheel eens. De niet-invasieve diagnostiek van perifere arteriële vaatziekten is in grote delen van ons land lang verwaarloosd geweest. Het is toe te juichen, dat de activiteiten op dit gebied langzamerhand toenemen, niet in de laatste plaats ten behoeve van de patiënten doch ook ter beheersing van de kosten.

Des te meer is het jammer, dat uit ons toch al kleine taalgebied geen enkele vermelding van het reeds vele jaren verrichte werk in de Groningse Vaatafdeling en het Groningse Medisch Fysische Laboratorium is opgenomen.²⁻⁶

LITERATUUR

- ¹ Breslau PJ, Jörning PJG, Greep JM. De klinische betekenis van hemodynamisch, niet-invasief onderzoek bij patiënten met arteriële vaatziekten van de benen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 996-8.
- ² Elings HS. Foelectrische plethysmografie met behulp van diffuus gereflecteerd licht. Groningen: 1959. Proefschrift.

³ Barendsen GJ. Bloodflow in human extremities at rest, after arterial occlusion and after exercise. Semi-continuous flow measurements by triggered venous occlusion plethysmography. Groningen: 1973. Proefschrift.

⁴ Hylkema BS. Tussen polspalpatie en aortografie. Diagnostische betekenis van enkele onbloedige meetmethoden bij ontoereikende bloedvoorziening van de benen. Groningen: 1975. Proefschrift.

⁵ Hylkema BS. Diagnostiek van arteriële circulatiestoornissen in de benen door bloeddrukmetingen met behulp van ultrageluid. Ned Tijdschr Geneesk 1976; 120: 733-42.

⁶ Bernink PJLM. Parameters van de circulatie in de onderste extremiteiten met betrekking tot atherosclerosis obliterans. Groningen: 1978. Proefschrift.

Bergen aan Zee, mei 1984

J. NIEVEEN

Wij zijn professor Nieveen erkentelijk voor zijn reactie en onderschrijven uiteraard het belang van niet-invasief onderzoek zowel ten behoeve van de patiënt als ter beheersing van de lasten in de gezondheidszorg.

Wij zijn op de hoogte van het vele goede werk dat op het gebied van hemodynamisch niet-invasief onderzoek verricht is in Groningen en elders in het land, maar hebben nooit de intentie gehad in de literatuurlijst een volledig overzicht te willen geven van het in Nederland verrichte onderzoek.

Maastricht, juli 1984

P.J. BRESLAU

Met Breslau et al. ben ik het eens, dat niet-invasief hemodynamisch onderzoek bij patiënten met verschijnselen van obstructieve arteriële afwijkingen in de benen ten doel heeft op gefundeerde wijze te kunnen selecteren wie voor arteriografie en reconstructieve vaatchirurgie in aanmerking komen.¹ Echter alleen bij patiënten die op grond van het niet-invasieve onderzoek voor reconstructieve chirurgie in aanmerking komen, wordt door hen contrast-angiografie verricht.

Voor ieder onderzoek geldt, dat het slechts geïndiceerd is wanneer het met een zekere mate van specificiteit en selectiviteit antwoord kan geven op een bepaalde vraag. In dit geval: is er claudicatio intermittens = arterieel bepaalde dysbasia? Naar mijn mening is bij een patiënt met typische claudicatio intermittens en niet-palpabele perifere pulsaties het hemodynamische niet-invasieve onderzoek dan ook niet zonder meer geïndiceerd, net zo min als een zwangerschapstest bij een fertiele vrouw die zes maanden over tijd is en kindsbewegingen voelt. De vraag of angiografie geïndiceerd is, hangt af van de vraag of patiënt in aanmerking komt voor eventuele reconstructieve chirurgie. De angiografie geeft antwoord op de vraag op welk niveau reconstructie is geïndiceerd.

Met de stelling dat het bepalen van de operatie-indicatie uitsluitend op grond van arteriografie als obsoleet moet worden beschouwd, ben ik het van harte eens, maar niet met de impliciete suggestie dat hemodynamisch niet-invasief onderzoek in alle gevallen de indicatie gefundeerd maakt.

LITERATUUR

- ¹ Breslau PJ, Jörning PJG, Greep JM. De klinische betekenis van hemodynamisch, niet-invasief onderzoek bij patiënten met arteriële vaatziekten van de benen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 996-8.

Hollandsche Rading, juni 1984

J.J.F. STEIJLING

Wij zijn collega Steijling erkentelijk voor zijn reactie. Het doen van niet-invasief onderzoek bij „typische” claudicatio intermittens-patiënten zonder perifere pulsaties heeft volgens ons wel degelijk zin. In de eerste plaats om de ernst van de klacht te meten, in de tweede plaats wel degelijk om het

niveau van eventuele reconstructie te bepalen, ten derde om het meest aangewezen arteriografische onderzoek te kunnen aanvragen en ten vierde om na de ingreep het effect van reconstructie te kunnen meten. Het wel of niet aanwezig zijn

van perifere pulsaties is hierbij van onderschikt belang en is reeds te vaak een bron van nutteloze discussie geweest.

Maastricht, juli 1984

P.J. BRESLAU

BERICHTEN

Buitenland

FRANKRIJK

Bewusteloosheid bij langdurig onderwaterzwemmen na hyperventilatie. – Het langdurig onderwaterzwemmen na diep in- en uitademen vooraf kan tot verdrinking leiden. Roque D'Orbcastel et al. beschreven een „verdrinking” van een 28-jarige, goed getrainde zwemmer die na 60 meter onder water te hebben afgelegd van de voorgenomen 90 meter, het bewustzijn verloor en een grote hoeveelheid zoet water in de longen kreeg. Door snelle redding en eerste-hulpverlening gelukte het de hart- en ademstilstand te overwinnen. Er bestonden longoedeem en sterke hemolyse. Na 74 uur was de patiënt vrijwel hersteld en na 12 dagen bestond er nog slechts een lichte stoornis in de CO₂-uitwisseling in de longen.

De schrijvers wijzen erop dat de zuurstofverzadiging van het bloed niet belangrijk verbetert door hyperventilatie. De gebruikelijke voorafgaande 30 seconden durende geforceerde ademhaling veroorzaakt echter wel een hypocapnie van het bloed die de gevoeligheid van de chemoreceptoren voor de toenemende hypoxemie vermindert. Het gevoel van ademnood verdwijnt en daarmee het waarschuwingssignaal voor het zuurstofgebrek dat dan bewusteloosheid kan veroorzaken. (Presse Med 1984; 13: 1634.)

ZWITSERLAND

Ziekte onder artsen. – Domenighetti en Berthoud stelden een enquête in naar het voorkomen van ziekten bij 466 artsen in de kantons Suisse romande en Tessin. Van hen had 77,7% in een jaar een of meer ziekteperiodes gekend. Vrij praktiserende artsen bleken vaker ziek te zijn dan de ziekenhuisartsen; en vrouwen waren vaker ziek dan mannen: 1,58 tegen 1,37 ziekteperiode. In de helft van de gevallen bestond er verband tussen ziekte en stress of emoties. Hypertensie kwam bij de artsen niet vaker voor dan bij de gemiddelde bevolking of bij de hogere beroepen in het algemeen. Wel werden veel vaker overige hart- en vaataandoeningen genoemd (9,3%) dan bij de andere bovengenoemde groepen (resp. 6,3% en 5,4%). Artsen in de leeftijdsgroep van 41-50 jaar meldden vaker (16%) overwerkt zijn als ziekte-oorzaak dan de 31-40-jarigen (12%) en dan het gemiddelde van alle geënquêteerde artsen (9,6% en 9,8% voor resp. mannen en vrouwen).

De ziekenhuisartsen hadden meer cardiovasculaire ziekten maar minder infectieziekten waaronder pneumonie dan de vrij praktiserende artsen. Ook verschilde de morbiditeit in de verschillende specialismen. De psychiaters scoorden op alle fronten boven het gemiddelde. De kinderartsen bleken het beste af te zijn: weinig ziekte, weinig emotionele stoornissen en weinig stress. Wel kregen zij vaker kinderziekten. (Schweiz Med Wochenschr 1984; 114: 858-73.)

A.L. NOORDAM

Binnenland

Halcion-proces. – De rechtbank te Arnhem heeft uitspraak gedaan in de zg. Halcion-zaak (een civiele procedure tegen de fabrikant Upjohn, aangespannen door een groep particulieren, ex-Halciongebruikers) en vorderingen van eisers afgewezen.

Volgens de rechtbank is niet aannemelijk geworden dat Halcion een ondeugdelijk middel is en (of) dat Upjohn onjuiste of onvolledige voorlichting zou hebben verstrekt. Het risico van bijwerkingen van geneesmiddelen moet binnen zekere grenzen worden aanvaard. Dat geldt ook voor nieuwe geneesmiddelen en de mogelijke bijwerkingen die van het gebruik van die middelen het gevolg kunnen zijn. Het is niet aannemelijk geworden dat Upjohn door Halcion op de markt te brengen in de sterkten en met de ondersteuning door voorlichting waarmee dat is gebeurd, die grenzen heeft overschreden. De rechtbank was van oordeel dat het de voorschrijvende artsen in redelijkheid niet heeft kunnen ontgaan dat Halcion een krachtig benzodiazepine-slaapmiddel was. Upjohn heeft dat voldoende tot uitdrukking gebracht. De verantwoordelijkheid van die artsen moet naar het oordeel van de rechtbank prevaleren boven de verantwoordelijkheid van Upjohn voor de enthousiaste wijze waarop zij dit middel heeft geïntroduceerd en waarvan – mede in dit licht – niet aannemelijk is dat die onzorgvuldig was tegenover toekomstige gebruikers.

VERGADERINGEN, CONGRESSEN, CURSUSSEN

Homeopathische conferentie. – De Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland zal op 22 september a.s. in het Congrescentrum Flevohof te Dronten haar jaarlijkse conferentie houden met als titel „Homeopathie en psychiatrie”.

Inlichtingen verstrekt mw. E.S.M. de Lange-de Klerk, Vrije Universiteit (kamer prov. 123), Postbus 7161, 1007 MC Amsterdam; tel. 020-5484421 of 431456.

Symposium „Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg”. – Op 28 september a.s. zal dit symposium bij de opening van het nieuwe Streekziekenhuis Koningin Beatrix in Winterswijk worden gehouden in het Cultureel Centrum aldaar.

Inlichtingen verstrekt het directiesecretariaat, Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Postbus 9005, 7100 GG Winterswijk; tel. 05430-44444.

PAOG-cursus „Pasgeborenen met onduidelijk geslacht”. – Op 28 september a.s. zal deze cursus in Amsterdam worden gehouden en is bestemd voor gynaecologen, gynaecologen in opleiding, verloskundigen, verloskundigen in opleiding, kinderartsen, kinderartsen in opleiding, huisartsen en andere geïnteresseerden.