

zouden zijn geweest indien er géén behandeling zou zijn ingesteld na het stellen van de recidiefdiagnose (maar pas nadat zij zich met klachten gemeld zouden hebben). De patiënten in groep A zouden in dat geval wel eens een slechtere prognose kunnen hebben dan de patiënten in groep B in dit onderzoek hadden. Er is immers geen enkele reden om te veronderstellen dat groep A zich in dat geval hetzelfde zou „gedragen” als groep B. Groep B bevat namelijk geen patiënten met de kenmerken van groep A, want deze patiënten werden er door de controles steeds uitgefilterd.

Om werkelijk na te gaan of controle zin heeft, vooral voor patiënten die een aantoonbaar recidief hebben zonder klachten (groep A), zou men de helft van groep A na constatering van het recidief moeten behandelen en de andere helft moeten laten doorlopen totdat ze zich met klachten melden (ethisch verantwoord?). Ik hoop dat het prospectieve onderzoek dat de auteurs thans voorbereiden een antwoord op deze vraag geeft.

Tilburg,
oktober 1984

K. LAMBREGTS-VAN WEEZENBEEK

Naar aanleiding van de reactie van collega Lambregts-van Weezenbeek willen wij gaarne het volgende opmerken: Ons artikel had betrekking op een cohort van 365 operatiepatiënten. Gedurende een zekere periode van nacontrole werden bij hen 118 recidieven geconstateerd, waarbij drie groepen konden worden onderscheiden op grond van de wijze waarop het recidief werd geconstateerd: (1) tijdens routine-nacontrole zonder klachten, (2) tijdens routine-nacontrole met klachten en (3) bij tussentijdse controle wegens klachten.

Voor de presentatie is een tweedeling gemaakt: patiënten zonder klachten (groep A) en patiënten met klachten (groep B; 2 + 3).

Het eerste bezwaar van collega Lambregts betreft de samenstelling van groep B: wat zouden patiënten in groep 2 gedaan hebben bij het ontbreken van een controleregeling? Uiteraard is ons dat niet bekend. Van belang is echter niet hoe de groep gehandeld zou hebben bij het ontbreken van nacontrole, maar onder de afspraak zich te melden bij elke verdachte klacht of symptoom.

Het voornaamste bezwaar van collega Lambregts betreft echter dat wij geen antwoord geven op de vraag hoe de lotgevallen van de patiënten in groep A zouden zijn geweest indien de behandeling niet direct bij de recidiefdiagnose, maar pas bij klachten zou zijn ingesteld (zoals bij groep B). De groepen B en A worden in dezen niet vergelijkbaar geacht. De groepen A en B zijn inderdaad niet via loting tot stand gebracht. Zij kunnen derhalve op meer punten dan naar hun definitiekenmerk verschillen. Ten aanzien van de ons bekende gegevens (lokalisatie, recidief, aard, aantal en resultaat van behandelingen, leeftijd, time at risk, en recidiefvrije interval) bleek er echter geen verschil te zijn.

Van cruciaal belang achten we echter dat een eventueel prospectief onderzoek onzes inziens niet dient te gaan over de vraag of men een patiënte in groep A direct dient te behandelen of pas nadat zij zich met klachten heeft gemeld, maar over de vraag welke van de twee in aanmerking komende behandelingsstrategieën gevolgd moeten worden. Deze strategieën zijn:

- Een frequente nacontrole zoals thans.
- De nadrukkelijke afspraak met de patiënte zich te melden zodra ze klachten of verdachte symptomen heeft. Als de patiënten bij operatie gerandomiseerd worden over deze

twee strategieën is ook het ethische probleem dat collega Lambregts (terecht!) opmerkt bij randomiseren van patiënten in groep A verdwenen.

Leiden, oktober 1984

J. HERMANS
A. ZWAVELING
G.H.R. ALBERS
W. FELTHUIS

Abortushulpverlening in een nieuw gewaad

Treffers schrijft o.a.: „Van de arts wordt verwacht dat hij vaststelt of een onontkoombare situatie bestaat, maar dat kan hij niet.”¹ Dit is correct. Juist daarom moet er een zeer zorgvuldige afweging plaatsvinden, waarbij niet alleen de specifieke problemen van de „cliënte” moeten tellen, maar ook het feit dat over het lot van een mens in wording wordt beslist. Met dit laatste wordt mijns inziens door de schrijver veel te weinig rekening gehouden. Dit is bijzonder kwalijk, aangezien de arts in deze situatie de enige is die dit bij de overwegingen kan betrekken. Het wijzen op alternatieven is dan geen loodzware plicht, maar een logisch gevolg voor iedere arts die zorgvuldig met leven en dood om wil gaan.

LITERATUUR

¹ Treffers PE. Abortushulpverlening in een nieuw gewaad. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1476-8.

Enschede, oktober 1984

G.H. MELLEMA

Natuurlijk kan het zeer nuttig en nodig zijn te wijzen op alternatieven voor abortus. Maar een wettelijk voorschrift, waarbij de arts verplicht is een reeks alternatieven te noemen, ook aan vrouwen voor wie deze alternatieven niet reëel uitvoerbaar zijn, draagt bij tot het onnodig opwekken van schuldgevoelens bij vrouwen die een abortus laten verrichten en verstoort onnodig de verhouding tussen patiënt en arts.

Een zorgvuldige afweging, waarbij de „onontkoombare noodsituatie” in de ene schaal van de weegschaal en het ongeboren leven in de andere schaal wordt gelegd, is onmogelijk. Niet alleen omdat deze beide grootheden onvergelijkbaar zijn, maar ook omdat die onontkoombare noodsituatie niet definieerbaar en ook niet meetbaar is. Met dat laatste is collega Mellema het blijkbaar eens.

Eigenlijk zijn er maar 2 mogelijkheden: de arts verricht een abortus omdat de vrouw na zorgvuldige overweging dat wil, of hij doet het niet omdat hij het zelf niet wil. Blijkbaar kiezen collega Mellema en ik ieder een andere weg.

Amsterdam, oktober 1984

P.E. TREFFERS

„Merck toch hoe sterck”: hoe sterk is het merk . . .

Naar aanleiding van het artikel van Jacobs onder bovengenoemde titel,¹ brengen wij het volgende onder de aandacht. De reeds door de auteur genoemde argumenten om clonidine in de verschillende indicatiegebieden onder verschillende merknamen in de handel te brengen, zijn onzes inziens zeer valide en wel om de volgende redenen: (1) het gaat om drie zéér verschillende indicatiegebieden nl. hypertensie, migraineprofyaxe/behandeling van flushes in de menopauze en behandeling van het opiaatonthoudings-