

veroorzaakt konden zijn, waaraan ze dacht verslaafd te zijn. Het bleek dat patiënte sedert drie jaar onafgebroken 17 tabletten Rust-Al (per tablet 0,100 g bromisoval - 0,050 g valerianextract) per dag gebruikte. De laatste tijd nam ze iets meer. Sinds twee dagen had ze geen tabletten meer geslikt. Ze bleek vooral angstig voor eventuele onttrekkingsverschijnselen, reden waarom ze nu haar verslaving „bekende”. Behalve flunarizine 5 mg (Sibelium) en af en toe temazepam 10 mg (Normison) gebruikte ze geen medicijnen. Ze zei geen alcohol te gebruiken.

Bij onderzoek was er ataxie, dysartrie, bradyfrenie, sterke tremoren van de handen en hyperreflexie aan de benen. Er was geen nystagmus. Aan buik en hals werden geen afwijkingen vastgesteld, evenmin aan de huid. Er waren geen hallucinaties of wanen. Het viel haar zelf op dat ze weer dacht in het dialect uit haar kindertijd en erg veel moeite had de gewone Nederlandse woorden te vinden. Behalve intensieve begeleiding werden geen bijzondere therapeutische maatregelen genomen. De verschijnselen waren binnen een week verdwenen. De broomspiegels in het serum bedroegen 5, 10, 17, 24 dagen na het staken van Rust-Al resp. 1200 mg/l, 570 mg/l, 381 mg/l, 222 mg/l.

Ook deze ziektegeschiedenis als gevolg van drie jaar zelfmedicatie met een broomhoudend preparaat geeft steun aan de gedachte dat de vrije verkrijgbaarheid van broompreparaten moet worden herzien.

Zwolle, december 1984

J.L. TEN BERG

Dunne-darmbloedingen door indometacine (Indosmos)?

In hun artikel gaan Van Soesbergen en Postuma aan de belangrijkste literatuurgegevens bij deze problemen voorbij (1984; bl. 2235-7). Kent et al. beschreven in 1969 reeds het ontstaan van ulceraties in jejunum en ileum na gebruik van indometacine.¹ Later bleken ook andere non-steroidal anti-inflammatoire compounds (NOSAC) zoals flufenaminezuur, ibuprofen, flubriprofen, fenylbutazon, naproxen en carbazol bij ratten multipole ulceraties in de dunne darm te kunnen veroorzaken, die vaak aanleiding gaven tot perforatie en peritonitis.²⁻⁵ Vane suggereerde in 1971 naar aanleiding van de observatie, dat indometacine en acetylsalicylzuur (Aspirine) het prostaglandine-synthetasesysteem remden, dat een deficiëntie aan prostaglandine een rol zou kunnen spelen.⁶ Robert constateerde dat verschillende prostaglandinen de ulceraties, in de dunne darm bij ratten door indometacine veroorzaakt, konden voorkomen.⁷ Het lijkt derhalve zeer waarschijnlijk dat de ulceraties bij Indosmos beschreven ook via dit mechanisme ontstaan, waarbij ik de mogelijke werkingsmechanismen van prostaglandinen maar buiten beschouwing laat, aangezien dat in dit bestek te ver zou voeren. Suggestief hierbij is ook nog dat in enkele gevallen de Indosmos-dosules op de plaats van de perforatie werden aangetroffen, waar ze lokaal een ernstig prostaglandinetekort veroorzaakt kunnen hebben.⁸

LITERATUUR

- ¹ Kent TH, Cardelli RM, Stampler FW. Small intestinal ulcers and intestinal flora in rats given indomethacin. *Am J Pathol* 1969; 54: 237-49.
- ² Robert A. Prostaglandins and the digestive system. In: Ramwell PW, ed. *The prostaglandins*. New York: Plenum, 1977; 3: 225-66.
- ³ Wax J, Clinger WA, Varner P, Bass P, Winder CV. Relationship of the enterohepatic cycle to ulcerogenesis in the rat small bowel with flufenamic acid. *Gastroenterology* 1970; 58: 772-80.

⁴ Brodie DA, Cook PG, Bauer BJ, Dagle GE. Indomethacin - induced intestinal lesions in the rat. *Toxicol Appl Pharmacol* 1970; 17: 615-24.

⁵ Fang WF, Broughton A, Jacobson ED. Indomethacin induced intestinal inflammation. *Am J Dig Disc* 1977; 22: 749-60.

⁶ Vane JR. Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. *Nature* 1971; 231: 232-5.

⁷ Robert A. An intestinal disease produced experimentally by a prostaglandin deficiency. *Gastroenterology* 1975; 69: 1045-7.

⁸ Day TK. Intestinal perforation associated with osmotic slow release indomethacin capsules. *Br Med J* 1983; 287: 1671-2.

Voorburg, december 1984

H. WALINGA

Wij zijn het met collega Walinga eens, dat indometacine bekend is wegens de bijwerkingen als prostaglandinesyntheseremmer. Dit vindt men ook beschreven in de bijsluiters en reviewartikelen. Dit leek ons genoegzaam bekend. In het kader van deze melding wilden wij ook niet zozeer op de bijwerkingen van indometacine ingaan, maar meer op de rol van de Indosmos-dosule, die door zijn functie aanleiding kan geven tot een zeer lokale toediening van een „daardoor hoge” dosis aan de darmwand. Wij hebben het vermoeden, dat er waarschijnlijk meermalen bijwerkingen van Indosmos zijn opgetreden, maar dat er geen melding van is gemaakt; evenals er te weinig meldingen geschieden van de bekende bijwerkingen van indometacine, hetgeen een betreurenswaardig feit is.

Amsterdam, december 1984

R.M. VAN SOESBERGEN
H.S. POSTUMA

Het failliet van de anticonceptie?

Collega Wibaut verwoordt op overtuigende wijze de indruk van veel huisartsen, gynaecologen en seksuologen, dat er bij vrouwen een groeiende aversie is tegen moderne anticonceptieve middelen (1984; bl. 2349-53). Hij deinst niet terug voor krachtige uitspraken, zoals „Vrouwen met veel klachten over anticonceptie hebben gewoonlijk weinig waardering voor seksualiteit”; „er is geen verband aangehouden tussen het gebruik van IUD's en het optreden van extra-uteriene zwangerschappen”; „...inmiddels is dat aantal gestegen tot boven de 2300, nog steeds met 100% effectiviteit”. Aan het eind van zijn artikel doet Wibaut echter een uitspraak die hij niet kan waarmaken en een literatuurverwijzing ontbreekt hier dan ook, nl. dat het in de mode blijft om in de populaire weekbladen vooral negatieve aandacht aan anticonceptie te besteden.

Wat verstaat hij onder „de populaire weekbladen”? Het is jammer dat hij dit niet nader preciseert. Ik neem aan dat hij hiertoe ook rekent de grote, speciaal op vrouwen gerichte weekbladen zoals Libelle, Margriet en Viva, waarin juist veel en vaak wordt geschreven over anticonceptie. Zelf ben ik verantwoordelijk voor een groot deel van de medische informatie die in Margriet wordt gepubliceerd. Bladerend door enkele jaargangen heb ik geteld dat ik tussen januari 1977 en december 1984 zesenvijftig keer expliciet over moderne anticonceptieve middelen heb geschreven. Ik heb daarbij niet één keer „negatieve aandacht” aan dit onderwerp besteed, misschien ben ik soms zelfs te „positief” geweest.¹⁴ Dat ook in Libelle en Viva, zeker de laatste jaren, op positieve wijze over anticonceptie wordt geschreven, moge blijken uit het feit dat zowel het Libelle-boekje „100 vragen over de pil” als het Viva-voorlichtingsboekje „Veilig vrijen” mede door de firma Schering wordt verspreid. Ik neem aan dat deze firma dit niet zou doen als de moderne anticonceptie in genoemde publikaties negatief zou worden afgeschilderd. Artsen heb-

ben over het algemeen weinig oog voor de grote verscheidenheid in de „populaire weekbladers” en voor de grote verschillen in informatieve betrouwbaarheid. Te lichtvaardig wordt weleens gezegd: „Dat hebt u zeker in een van die blaadjes gelezen!”, waarbij dan niet wordt aangegeven welk blaadje wordt bedoeld. Deze neiging om alles te vereenzelvigen met de kwalitatief slechte publikaties, die er ongetwijfeld zijn, doet onrecht aan een kwantitatief belangrijk deel van de weekbladsector: Libelle, Margriet en Viva hebben een gezamenlijke wekelijkse oplage van meer dan anderhalf miljoen en een lezersbereik van minstens het drievoudige (via gezinsleden, kennissen, leesportefeuilles e.d.).

Tijdens de workshop „Patiënt tussen media en medici” op het onlangs in Apeldoorn gehouden NHG-congres, werd met recente cijfers aangetoond dat weekbladen na televisie en dagbladen de belangrijkste bron vormen waaruit men medische informatie tot zich neemt. Een analyse van deze bron kan ook voor medici nuttig zijn, zeker als ze vrouwen serieus willen nemen. Dat laatste doet collega Wibaut zonder enige twijfel.

LITERATUUR

- 1 Bruinhorst G van de. Met de dokter op pad. Het Spectrum 1980; 156-8.
- 2 Bruinhorst G van de. Een nieuwe pil met nóg minder hormonen! Margriet 1982; 3: 77-9.
- 3 Bruinhorst G van de. Stoppen met de pil? Weet wat je doet! Margriet 1984; 6: 87.
- 4 Bruinhorst G van de. De dokter bij u thuis, vragen en antwoorden uit de praktijk van een huisarts. Kosmos 1984; 109-14.

Bergen (NH), december 1984 G. VAN DE BRUINHORST

Collega Van de Bruinhorst wijst er terecht op dat mijn verwijzing naar de populaire weekbladers te ongenueerd is. Ik bedoelde veeleer de sensatiepers dan de op vrouwen gerichte weekbladen. In het grijze verleden, omstreeks 1967, had een negatieve publikatie in de Libelle volgens insiders meer invloed op het gebruik van de pil dan de pauselijke encycliek in die tijd. Maar sinds de damesbladen vrouwenbladen geworden zijn, besteden deze periodieken ruime en goed verantwoorde aandacht aan anticonceptie en seksualiteit. Ik hoop hiermee de onbedoelde smet op deze bladen weg te nemen.

Amsterdam, januari 1985

F.P. WIBAUT

Kleine kwalen: de tenniselleboog

Uit het artikel van De Wolf en Van Meurs (1984; bl. 2191-4) spreekt te sterk de suggestie, dat bij de tenniselleboog injecties alléén de uitkomst zouden zijn en fysiotherapie bijv. overbodig. Fysiotherapie wordt door de schrijvers niet als behandeling genoemd. Injecties zijn meestal afdoende; 4,1% reageert daar niet op en wordt geopereerd. Dat 2-3 injecties met tussenpozen van 2 weken meestal toereikend zijn bij epicondylitis achten wij onjuist. Eerder beweerde De Wolf: „Bij de behandeling van de epicondylitis valt in eerste instantie de keus meestal op fysiotherapie, en slechts wanneer deze therapie niet slaagt of om andere redenen niet mogelijk is, kan worden overwogen injecties te geven, hetzij met een lokaal anaestheticum, hetzij met een corticosteroïdpreparaat.” Tevens gaf hij aan, dat het belangrijkste bij de epicondylitis een vast omlijnd therapeutisch beleid is in nauwe samenwerking met de fysiotherapie.¹ Wij zijn

benieuwd naar zijn verklaring, want wij zijn van mening dat injecties alléén geen juiste therapie bij epicondylitis en andere tendinitiden is. Rupturen en recidieven bij tendinitiden zijn immers niet onwaarschijnlijk in bindweefsel dat door de corticosteroïdinjecties in kwaliteit verminderd is en onderhevig blijft aan niet onaanzienlijke mechanische belastingen. Verstandiger lijkt het zorg te dragen voor een gedoseerd bewegingspatroon: een beperkt gebruik, om de heling onder beperkte belasting plaats te laten vinden, en om te voorkomen dat opnieuw letsels ontstaan. Advies tot beperkt gebruik alléén is onvoldoende, jarenlang onbewust gebruik van lichaamsdelen verandert men niet met een advies alleen, daarvoor zijn belastingbeperkende methoden nodig.²

Tot slot willen wij vier fouten aangeven in de literatuurverwijzingen. (1) Onder etiologie en pathogenese lijkt Hermans door Osgood vervangen te moeten worden. (2) Op bl. 2194 wordt bij de passage: „Dit is de meest voorkomende variant van de tenniselleboog” niet naar Cyriax verwezen.³ Dit is nodig aangezien deze stelling van Cyriax niet op enig onderzoek is gebaseerd en zij zeer discutabel lijkt wanneer men het nauwgezette onderzoek van Goldie ernaast plaatst.⁴ Ook is het onderzoek van Coonrad en Hooper tweemaal onjuist aangehaald:⁵ (3) eenmaal op bl. 2192 bij de passage: „de hypothese van Cyriax dat de aandoening begint met microruptuurtjes in peesweefsel werd bevestigd door het onderzoek van Coonrad en Hooper”. Coonrad en Hooper onderzochten peesweefsel dat gemiddeld 6 maal met corticosteroïden geïnjecteerd was. Dat men dan rupturen vindt, hoeft niet verbazingwekkend te zijn. (4) Een tweede keer op bl. 2193 bij de passage: „Van deze 339 patiënten werden 290 behandeld met 1-13 injecties.” Deze patiënten werden niet behandeld met injecties alléén, maar met een combinatie van rust, spalken en injecties. Dit maakt de uitspraak van De Wolf en Van Meurs dat alléén injecties bij de tenniselleboog de uitkomst zouden zijn, des te verbazingwekkender.

LITERATUUR

- 1 Wolf AN de. Samenvatting van lezing in syllabus van het wetenschappelijk najaarscongres van de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Sportgezondheidszorg, 24 november 1984.
- 2 Bruggeman A, Bruggeman JH. Belastingbeperking door middel van thermoplasten en klitband. Ned Tijdschr Fysiother 1983; 93: nr 11.
- 3 Cyriax JH. The pathology and treatment of tennis elbow. J Bone Joint Surg 1936; 4: 921-40.
- 4 Goldie I. Epicondylitis lateralis humeri (epicondylalgia or tennis elbow). A pathogenetical study. Acta Chir Scand 1964; (Suppl 339).
- 5 Coonrad RW, Hooper WR. Tennis elbow: its course, natural history, conservative and surgical management. J Bone Joint Surg 1973; 56A: 1177-82.

Hengelo, december 1984

A. BRUGGEMAN
J.H. BRUGGEMAN

Ons artikel over de tenniselleboog werd geschreven in het kader van een sinds vele jaren lopend project van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden. In dit project wordt literatuuronderzoek verricht over een groot aantal betrekkelijk onschuldige aandoeningen („minor ailments”). De opgespoorde literatuur, die overigens in veel gevallen zowel kwantitatief als kwalitatief tegenvalt, wordt vervolgens samengevat in lezingen en artikelen.

Dat ik aandoeningen van het bewegingsapparaat onderzoek en behandel op basis van richtlijnen als destijds door Cyriax gegeven, verklaart de discrepantie die de briefschrijvers terecht signaleren tussen de inhoud van ons artikel en