

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

hetgeen ik elders tijdens een lezing heb gesteld. Mijn persoonlijke voorkeur bij de behandeling van een tenniselleboog gaat uit naar frictie en aansluitend manipulatie volgens Mill. Indien deze behandeling geen gunstig resultaat heeft, volgen meestal 2 tot 3 injecties met triamcinolonacetonide. Hoewel ik de indruk heb dat deze wijze van behandelen redelijke resultaten geeft, is dat nimmer prospectief vergelijkend onderzocht. Het past daarom niet een dergelijk regime in een algemeen literatuuroverzicht te veel nadruk te geven. Ook de therapierichtlijnen die de briefschrijvers voorstaan, zijn nooit wetenschappelijk getoetst.

Terecht wijzen Bruggeman en Bruggeman op een onjuiste literatuurverwijzing naar Hermans: het cijfertje 10 moet 11 zijn. De verwijzing naar Cyriax in verband met de meest voorkomende lokalisatie van het letsel (bij de origo van de M. extensor carpi radialis brevis) is naar onze mening niet nodig, aangezien de meeste auteurs deze lokalisatie noemen. Coonrad en Hooper stellen letterlijk: „We believe that this syndrome is initiated by macroscopic or microscopic

tears in the common origins of the flexor or extensor muscle groups, where changes of degeneration or aging have occurred in the tendon fibres.” De 290 patiënten met een tenniselleboog werden alle, naast diverse andere behandelingen, ingespoten met hydrocortison, te weten één tot dertien maal, gemiddeld 2,8 maal. De 39 patiënten die uiteindelijk werden geopereerd, kregen 1 tot 13 (gemiddeld 6) hydrocortisoninjecties. Naar ons idee hebben wij Coonrad en Hooper dus niet onjuist geciteerd.

Adviezen ten aanzien van bewegingsgewoonten en techniek bij sportbeoefening lijken van belang indien afwijkingen daarin als oorzaak van de klachten aannemelijk zijn. Een tenniselleboog kan ook ontstaan door eenmalige overbelasting. In dat geval kunnen deze adviezen meestal achterwege blijven. Maar, nogmaals, deze zaken zijn niet onderzocht in een prospectief, vergelijkend onderzoek en vallen dus buiten het bestek van ons artikel.

Delft, december 1984

A.N. DE WOLF

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

AIDS en de huidige betekenis van het serologisch onderzoek naar de aanwezigheid van antistoffen tegen LAV/HTLV III

Ondergetekende, in nauw overleg met de voorzitter van de Gezondheidsraad, tevens voorzitter van de Commissie van de Raad welke zich bezighoudt met de problemen van het verworven immunodeficiëntiesyndroom (AIDS), acht het gewenst het volgende onder de aandacht te brengen:

1. Sinds in 1981 de eerste berichten over AIDS verschenen, is het aantal patiënten, lijdend aan deze ziekte – welke wordt gekenmerkt door een zeer ernstige prognose – sterk toegenomen: tot 3 december 1984 waren in de Verenigde Staten ruim 7.000 patiënten gerapporteerd; in Noord-, West- en Zuid-Europa in totaal 559 gevallen (tot 15 oktober 1984); in Nederland 42 gevallen (per 1 januari 1985). Er zijn helaas géén aanwijzingen dat de toename van het aantal patiënten wezenlijk afzwakt; zonder overdrijving kan dan ook worden gesteld dat het hier een belangrijk volksgezondheidsvraagstuk betreft.

2. Het wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaak van AIDS en de daarbij een mogelijke rol spelende factoren, vordert thans snel. Zeer belangrijk was in dit verband de ontdekking in Frankrijk en later in de Verenigde Staten van identieke virussen bij AIDS-patiënten en bij patiënten verkerend in een voorstadium van AIDS. Het betreft hier het LAV/HTLV III-virus (LAV = lymfadenopathie-virus; HTLV III = human T-cel lymphotrope virus, type III).

3. Met de ontdekking van het verband tussen AIDS (en de voorstadia van deze ziekte) en de aanwezigheid van LAV/HTLV III-virus in materiaal afkomstig van patiënten lijdend aan AIDS (respectievelijk een voorstadium van AIDS) werd in principe de weg tot serologisch onderzoek geopend. Het verder ontwikkelen van serologische onderzoeksmethodieken naar LAV/HTLV III-infecties vindt thans in een aantal onderzoekslaboratoria in de wereld in een hoog tempo plaats. In de USA zijn vijf industrieën aangewezen om serologische onderzoeksmethodieken, bestemd voor het screenen van groepen personen (zoals bloed-donors) op antistoffen tegen LAV/HTLV III, op de markt te brengen.

Het is te verwachten dat een van deze industrieën onderzoek-sets voor gebruik in laboratoria ook in ons land zal gaan aanbieden.

4. Het serologisch onderzoek op LAV/HTLV III kan in de toekomst van grote betekenis worden om personen die met dit retrovirus zijn geïnfecteerd te onderscheiden van degenen die geen contact met dit virus hadden. Dit gegeven is vooral van groot praktisch belang voor de bloedbanken; door géén bloed of bloedprodukten te gebruiken waarin antistoffen ten opzichte van LAV/HTLV III zijn aangetoond, kan besmetting met de verwekker van AIDS bij de ontvangers van bloed en bloedprodukten (zoals onder andere noodzakelijk bij hemofiliepatiënten) waarschijnlijk grotendeels of geheel worden voorkómen. Evenzeer kan het onderzoek op antistoffen tegen LAV/HTLV III worden gewenst door personen die bevreesd zijn zelf aan AIDS te lijden of die tot de thans bekende risicogroepen behoren.

5. Uiteraard dient een aantal vragen beantwoord te worden, alvorens tot een medisch verantwoorde toepassing van dit serologisch onderzoek naar antistoffen ten opzichte van LAV/HTLV III bij de onder 4 genoemde groepen personen kan worden overgegaan. Zo kunnen bepaalde antistoffen tegen LAV/HTLV III met verschillende serologische technieken worden aangetoond; de sensitiviteit en de specificiteit van deze methodieken is evenwel nog onvoldoende aan diepgaand vergelijkend onderzoek onderworpen: het is op dit moment dan ook niet bekend welke methode de beste is en welke de meest relevante informatie verschaft. Men dient zich echter te realiseren, dat de tijd hiervoor beschikbaar, relatief kort zal zijn.

6. Geheel afgezien van het onder 5 vermelde blijft de vraag welke betekenis aan een positieve of negatieve serologische bevinding moet worden toegekend. Onze kennis is in dit opzicht nog beperkt. Zo is het onbekend of een positief onderzoeksresultaat ook de aanwezigheid van LAV/HTLV III-virus in het lichaam inhoudt en nog minder of de betrokkene (of zijn lichaamsvloeistoffen) infectieus voor anderen is (zijn). Evenmin is het bekend in welke mate infectie met LAV/HTLV III uiteindelijk tot het „klassieke” beeld van AIDS voert of tot een voorstadium van AIDS; ook van deze voorstadia is het nog onbekend welk deel