

tie van de achtste hersenzenuw uit te voeren ten einde te kunnen nagaan of er misschien abnormale vaat- of zenuwstructuren zouden zijn, hetgeen inderdaad het geval was. Patiënten met „disabling positional vertigo” bleken specifieke pathologische afwijkingen van het deel van de N. vestibularis dat in de brughoek loopt te hebben. Een correlatie tussen voorkomen van afwijkingen aldaar en duizeligheidsklachten was duidelijk aanwezig. Janetta voerde bij deze patiënten een „microvasculaire decompressie” uit, een chirurgische ingreep die bij overeenkomstige ziektebeelden van de 5e en 7e hersenzenuw succesvol blijkt te zijn.^{2,3} De hypothese is dat bij uitsluitend oorsuizen een vat op de N. cochlearis drukt, op een plaats tussen de hersenstam en de meatus acusticus internus. Indien zowel duizeligheid als oorsuizen voorkomt, drukt een vat op de hele omvang van de 8e hersenzenuw en dat kan slechts vlak bij de hersenstam plaatsvinden. Druk door verscheidene vaten en vaatvertakkingen is meer regel dan uitzondering.

Janetta et al. beschrijven thans de „microvasculaire decompressie” bij 9 patiënten met „disabling positional vertigo”.¹ De operatie werd uitgevoerd als geen enkel geneesmiddel of vestibulair oefeningschema verlichting had gegeven. Inmiddels hebben de schrijvers echter meer dan 150 van deze operaties uitgevoerd, waarbij bij 50 patiënten met „disabling positional vertigo” in slechts twee gevallen geen afwijkingen werden gevonden (Janetta PJ, 1984; Persoonlijke mededeling). De keuze van de te opereren zijde werd bepaald door de kant waar het oorsuizen zich voordeed of door de hulp van „brainstem

evoked auditory responses”, welk onderzoek bij vrijwel alle patiënten specifieke afwijkingen aan één zijde aantoonde. Bij patiënten met oorsuizen duurde het tot 18 maanden na de operatie voordat de klacht verdwenen was. Duizeligheid en evenwichtsstoornissen bleken veel sneller te verdwijnen. Er zijn vele ziektebeelden met duizeligheid en oorsuizen als hoofdklachten, waarbij geen diagnose te stellen is en ook nauwelijks of geen therapeutische hulp te bieden is. Diverse auteurs hebben daar in de loop der jaren op gewezen.⁴ Indien Janetta et al. hierin een omschreven ziektebeeld afgegrensd hebben en daar tevens een bruikbare behandeling voor gevonden hebben, is dat slechts te waarderen. De beschreven operatie moet gezien worden als een grote neurochirurgische ingreep. Het overlijdensrisico door de operatie kan gesteld worden op 0,3%. Zolang echter niet meer gegevens beschikbaar zijn van andere neurochirurgische centra blijft een zekere terughoudendheid gewenst.

LITERATUUR

- 1 Janetta PJ, Møller MB, Møller AR. Disabling positional vertigo. *N Engl J Med* 1984; 311: 1700-4.
- 2 Janetta PJ. Hemifacial spasm. In: Samii M, Janetta PJ, eds. *The cranial nerves: anatomy, pathology, pathophysiology, diagnosis, treatment*. Berlin: Springer Verlag, 1981: 552-5.
- 3 Janetta PJ. Treatment of trigeminal neuralgia by micro-operative decompression. In: Youmans J, ed. *Neurological surgery*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1982; 6: 3589-603.
- 4 Oosterveld WJ. The vertiginous syndrome. *Adv Otorhinolaryngol* 1983; 29: 39-49.

W.J. OOSTERVELD

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

De microcomputer als kaartenbak; toepassing voor invoer en opslag van literatuurgegevens

Het artikel van collega Offerhaus over off-line-(micro-)computersystemen voor het opslaan en terugzoeken van literatuurgegevens in een elektronische kaartenbak richt zeer terecht de aandacht van vakgenoten op nieuwe mogelijkheden om een weg te zoeken in de informatiedoolhof (1985; 68-73). Terecht geeft hij ook duidelijk, en nader toegelicht in een separaat artikel de voetangels en klemmen aan waarmee de enthousiaste beginner op het gebied van de inschakeling van een microcomputer kan worden geconfronteerd (1985; 58-9).

Het is daarom jammer dat in het inleidende stuk onder het kopje „Opslag van literatuurgegevens” een verwarrend en ten dele ook onjuist beeld ontstaat omtrent on-line-literatuur zoeken. Gemakkelijk wordt de indruk gewekt dat speciale telefoonlijnen, computerapparatuur en programmatuur nodig zijn voor een on-line-verbinding. Integendeel: met een normale beeldschermterminal en een bij de PTT te huren modem (f 11,90 per maand) is het mogelijk om via iedere telefoonaansluiting in Nederland onbeperkt literatuur te zoeken in de grote medische en farmaceutische databanken. De meeste microcomputers zijn met enkele eenvoudige hulpmiddelen hiervoor geschikt te maken. Zelfs

de privé-gebruiker die beschikking heeft over een View-data-televisie kan zonder verdere hulpmiddelen van deze faciliteiten gebruik maken. De verbindingskosten die hierbij ontstaan zijn gering. Ook de transatlantische verbinding met bijv. Dialog in de Verenigde Staten is slechts \$ 10,- per uur duurder dan de Europese verbinding. Voorts geldt steeds het principe van: „geen gebruik – geen kosten”.

Als de auteur gewag maakt van „biomedische databanken zoals die van Excerpta Medica, DIALOG, ISI, enz.” of van „diverse systemen bevattende bestanden als DATASTAR en DIALOG” worden enige zaken door elkaar gehaald. DATASTAR en DIALOG zijn voorbeelden van host-computer-organisaties die op commerciële basis zoekacties mogelijk maken in de bestanden die ze beheren. Onder deze bestanden vallen bijvoorbeeld alle biomedische bestanden van de NLM en van Excerpta Medica. Bovendien bieden zij nog ongeveer 200 andere bestanden op diverse vakgebieden aan. DIMDI is ook zo'n host-computer-organisatie, gesubsidieerd door het Duitse ministerie van Jeugd, Gezin en Gezondheid, waarin voornamelijk biomedische bestanden zijn ondergebracht. Tot voor kort kon men met bovenstaande host-computers contact krijgen via het Euronet-systeem. Dit datanetwerk is echter per 1 januari 1985 gesloten. De auteur verzuimde te vermelden dat Euronet is overgenomen door DABAS c.q. Datanet-I. Ook deze netwerken zijn voor de gebruiker ter beschikking door een speciaal telefoonnummer in Amsterdam te draaien. De methode en de

kosten van deze activiteiten zijn samengevat in een artikel van de hand van Harmsen en Boeke,¹ terwijl ook COBIDOC in Amsterdam uitvoerig informatie kan geven.

Het leggen van on-line-verbindingen met perifere (mini- of micro-)computers met de bedoeling een eigen literatuurkaartenbak aan te leggen, vaak aangeduid met het begrip „down-loading”, is inderdaad mogelijk zoals wordt uiteengezet in het artikel van Offerhaus. Het is echter de vraag of de hulpmiddelen die de host-computer zelf biedt (alfabetisch afdrukken van referenties, SDI-service, opslag van searcher-specifieke zoekstrategieën, on-line bestellen van kopieën van originele documenten enz.) vooralsnog niet een effectievere weg opleveren door de informatiedoolhof. Het lijkt in ieder geval van groot belang dat artikelen die de weg wijzen in deze doolhof zelf voldoende duidelijk zijn.

LITERATUUR

¹ Harmsen HH, Boeke AW. De documentatiefunctie van de (ziekenhuis)-apothek: nieuwe mogelijkheden. Pharm Weekbl 1985; 120: 149-54.

Emmen, februari 1985

H.H. HARMSEN
A.W. BOEKE

Ik ben de heren Boeke en Harmsen bijzonder dankbaar voor hun uitgebreide aanvulling op mijn artikel, en ik kan geïnteresseerden dan ook zeker aanbevelen hun onlangs in het *Pharmaceutisch Weekblad* verschenen artikel over het „off-line”-literatuuronderzoek te lezen. Het overgrote deel van de informatie, vervat in bovenstaande brief en in genoemd artikel, dateert echter uit het tweede halfjaar van 1984, zodat dat niet in mijn artikel verwerkt kon worden. Vooral de door de PTT-telecommunicatie en de Stichting COBIDOC verstrekte informatie en aangeboden faciliteiten zijn in snel tempo aan het verbeteren. Desondanks blijf ik bij mijn stelling, dat de privé-gebruiker, eigenaar van een micro-computer, nog steeds moet worstelen met verwarrende en onvoldoende informatie over de materiële en financiële problemen die hij ontmoet op de weg van aansluiting van zijn apparaat aan host-computers zoals DIMDI, DIALOG en DATASTAR. De coördinatie tussen de achtereenvolgende schakels, t.w. de computerfabrikant, de softwareleverancier, de modem-importeur of -fabrikant, de beheerder van de telefoonlijnen en de host-computer(s) is op zijn zachtst gezegd abominabel te noemen. De kans voor de privé-gebruiker om dit spinneweb zonder te grote kleerscheuren te doorkruisen is nog steeds erg klein. Het zou nuttig zijn als de Stichting COBIDOC, op zichzelf een bijzonder nuttige organisatie, iets meer oog zou krijgen voor de toekomstige mogelijkheden voor, maar ook de financiële beperkingen van, deze thans in de V.S. al toenemend belangrijke groep computer-consumenten.

Amsterdam, februari 1985

L. OFFERHAUS

De tweede diagnose

Gaarne wil ik enkele kanttekeningen plaatsen bij de klinische les van Krol en Winterberg (1984; 2385-7). Het lijkt nogal aanmatigend om te spreken van „diagnose” wanneer bedoeld wordt: het achterliggende motief van iemand om een arts te consulteren. Volgens het ook door de schrijvers genoemde „methodische werken”, zoals beschreven door Van Aalderen, dient een verkenning van deze „vraag achter de vraag” steeds vooraf te gaan aan de definiëring van het probleem c.q. de diagnose. Door ge-

bruik van het woord „diagnose” wordt geheel ten onrechte de ongerustheid over en de beleving van klachten voorzien van een medisch etiket.

Het is mij niet duidelijk, hoe in de eerste casus door de huisarts de diagnose „irritable bowel syndrome” gesteld kon worden, terwijl er geen enkel aanknopingspunt voor een somatische afwijking gevonden was. Wellicht betreft het hier een zg. verlegenheidsdiagnose die in stelling wordt gebracht als de medische autoriteit dreigt te gaan wankelen? Ware het niet eerlijker, indien de huisarts – en later de kinderarts – gezegd had, dat er weliswaar geen oorzaak voor de klachten gevonden was, maar dat er geen reden was voor ongerustheid? Bovendien vormt in deze casus de „tweede diagnose” niet het antwoord op de vraag „wat is het motief om met deze klachten juist nu de arts te consulteren?” De schrijvers zijn hier met hun eigen definities in de war.

De beschreven methoden om tot de „tweede diagnose” te komen zijn mijns inziens nogal discutabel. In de eerste casus vormt „enig aandringen”, in de tweede „enig heen en weer praten” een schril contrast met de huisartsengeneeskundige principes van gericht en systematisch werken om tot een verheldering van de vraag van de patiënt te komen. Het komt mij voor dat de huisartsengeneeskunde reeds een veel verder ontwikkeld begrippenkader heeft dan de specialistische geneeskunde, als het meer om „care” gaat dan om „cure”.

Zieuwent, december 1984

G.M.M. MOLLEMAN

Medische expertsystemen: hulpmiddel bij diagnose en therapie

De collegae Lucas en Janssens vestigen in hun artikel (1985; 160-5) de aandacht op de waarde die medische expertsystemen voor diagnose en therapie kunnen hebben. Zij voeren hierbij het begrip „zekerheidsfactor” in. Als ik hun artikel goed begrijp, komt wat zij zekerheidsfactor noemen overeen met de voorspellende waarde van een bepaald verschijnsel. Dit begrip werd eerder door Van der Helm en Hische en door Rümke behandeld.¹² In deze artikelen wordt duidelijk uitgelegd dat de voorspellende waarde afhankelijk is van de sensitiviteit en de specificiteit van een bepaalde test of verschijnsel en van de prevalentie van de aandoening in de onderzochte groep. Het genoemde: „Als (1) de patiënt koorts heeft, dan bestaat er met zekerheid (0,5) een bacteriële infectie” en „Als (1) de patiënt koude rillingen heeft, dan is er met zekerheid (0,9) een bacteriële infectie”, houden hiermee geen rekening. De eerste regel geldt wellicht voor een ziekenhuispopulatie in Nederland, maar niet voor een huisartsenpraktijk. De tweede regel geldt wellicht in Nederland, maar in sommige delen van Afrika zal men bij een koude rilling in de eerste plaats aan malaria denken. Medisch gezien is het mijns inziens niet te verdedigen dat men door combinatie van deze beide regels tot een hogere zekerheid kan komen. Een koude rilling ontstaat als de lichaamstemperatuur plotseling oploopt en iedere patiënt met een koude rilling heeft koorts.

Kiest men twee verschijnselen, die niet direct afhankelijk van elkaar zijn, dan is de voorspellende waarde van beide verschijnselen samen wel groter dan die van één verschijnsel. Van der Helm en Hische hebben de voorspellende waarde van een combinatie van klinisch-chemische tests besproken.³ Hetzelfde geldt uit de aard der zaak voor de combinatie van klinische verschijnselen.