

dat het verloop van somatische ziekten sterk kan worden beïnvloed door psychische en sociale factoren.¹³ Dit pleit voor tijdige herkenning en behandeling van psychiatrische stoornissen bij opgenomen patiënten.

LITERATUUR

¹ Rooymans HGM. De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. II. Psychiatrische stoornissen bij lichamelijk zieke patiënten. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2327-31.

² Bridges KW, Goldberg DP. Psychiatric illness in patients with neurological disorders: patients' view on discussion of emotional problems with neurologists. Br Med J 1984; 289: 656-8.

³ Hawton KE. The long-term outcome of psychiatric morbidity detected in general medical wards. J Psychosom Res 1981; 25: 237-43.

⁴ Nabarro J. Unrecognised psychiatric illness in medical patients. Br Med J 1984; 289: 635-6.

M.W. HENGEVELD

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)

Is endoscopie van de proximale tractus digestivus op verzoek van de huisarts zinvol?

In hun artikel pleiten Lückers et al. (1985; 117-9) voor rechtstreekse verwijzing van patiënten met klachten van de bovenbuik naar een endoscopist, zonder tussenkomst van een internist of gastro-enteroloog. Endoscopie is volgens hen te verkiezen boven röntgenonderzoek, omdat oppervlakkige slijmvliesafwijkingen nauwkeuriger kunnen worden opgespoord en voorts omdat de mogelijkheid bestaat tot het verrichten van biopsieën. Drie niet te verwaarlozen nadelen van orale endoscopieën worden helaas niet genoemd: (1) de hoge kosten, (2) complicaties en (3) de belasting voor de patiënt.

Ad 1. Jansen heeft onlangs erop gewezen dat de kosten van een oesofagogastroduodenoscopie ongeveer driemaal zo hoog zijn als die voor een radiodiagnostisch onderzoek.¹

Ad 2. Endoscopie kent zowel een ziekte- als een sterftecijfer. Cotton en Shorvon vermelden een duidelijk probleem bij 1 op 300, een belangrijke complicatie bij 1 op 1000 en een dodelijke afloop bij elke 5000 tot 10.000 endoscopieën.² Het meest gevreesd is een oesophagusperforatie. Of voldoende ervaring in de endoscopie buiten de grote centra aanwezig is, moet worden betwijfeld daar in Nederland geen speciale opleiding of brevet vereist is voor het verrichten van endoscopieën, zodat de kans op ongelukken groter wordt.

Ad 3. De eerder genoemde Cotton, één der meest gezaghebbende gastroscopisten in de wereld, vindt de endoscopie voor de patiënt onaangener dan het radiologische onderzoek.² Endoscopie zonder sedering, ook met een dunne scoop, wordt volgens hem door vele patiënten als beangstigend ervaren. Daarom tracht men op vele afdelingen door sedering het onderzoek meer acceptabel te maken. Dit heeft o.a. tot gevolg dat de poliklinische patiënt voor een dag aan het arbeidsproces wordt onttrokken; een auto besturen zal die dag niet mogelijk zijn.

In principe dient de indicatie voor een dure diagnostische test zoals endoscopie, waaraan onmiskenbare risico's zijn verbonden en die onaangenaam is voor de patiënt, niet lichtvaardig te worden gesteld. Dit klempt des te meer omdat een goedkopere, ongevaarlijke onderzoeksmethode, het röntgenonderzoek, alom beschikbaar is en een belangrijke bijdrage kan leveren aan de diagnostiek.

LITERATUUR

¹ Jansen JH. Op verzoek van de huisarts verricht radiologisch onderzoek van maag en duodenum; een onderzoek naar de doelmatigheid van de samenwerking. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 495-8.

² Cotton PB, Shorvon PJ. Analysis of endoscopy and radiography in the diagnosis, follow-up and treatment of peptic ulcer disease. Clin Gastroenterol 1984; 13: 383-403.

Leiden, februari 1985

M.P. CHANDIE SHAW

Uit het onderzoek van Lückers et al. (1985; 117-9) kan alleen de conclusie worden getrokken dat endoscopie van de slokdarm, de maag en het duodenum grotere diagnostische waarde heeft dan de anamnese, ook wanneer de huisarts de indicatie voor het onderzoek stelt. Geheel onverwacht is deze conclusie natuurlijk niet. De vraag is echter of endoscopie als primair diagnostische methode is te verkiezen boven dubbelcontrast-röntgenonderzoek, zowel met betrekking tot sensitiviteit, kosten, risico's als acceptatie door de patiënt.

Endoscopie is doorgaans iets nauwkeuriger, vooral waar het refluxoesophagitis en de diagnostiek in de gedeformeerde bulbus betreft.¹ Bovendien is een voordeel dat materiaal kan worden verzameld voor cytologisch en histopathologisch onderzoek. Een belangrijke tekortkoming is het ontbreken van een permanent document. Weliswaar kunnen dia's of polaroidopnamen worden gemaakt, maar deze zijn gewoonlijk van slechte kwaliteit, zodat onafhankelijke herbeoordeling niet mogelijk is. Bovendien laten zij geen oordeel toe over de sufficientie van het onderzoek. Belangrijker is dat de sensitiviteit van het röntgenonderzoek als het gaat om carcinoom van de slokdarm (96%) en van de maag (80-95%) goed is.^{2,3} Dit blijkt te meer het geval wanneer men zich realiseert dat, wanneer endoscopie als primair diagnostische methode wordt verkozen, op fout-negatieve bevindingen gerekend moet worden. Bijvoorbeeld voor ulcus ventriculi in 5-13%.^{4,5} De kosten zijn waarschijnlijk vergelijkbaar. De benodigde ruimte en hulppersoneel zijn ongeveer hetzelfde. Een endoscoop is veel goedkoper dan een röntgentoestel, maar dit laatste kan voor meerdere soorten onderzoek worden ingezet. Een endoscoop is doorgaans eerder aan vervanging toe dan een röntgentoestel. Een precieze becijfering moet hier nog plaatsvinden. Bij endoscopie moet men bij elke 300 onderzoeken op problemen rekenen, in één op 1000 gevallen betreft dit een ernstige complicatie en in één op 5000 à 10.000 onderzoeken overlijdt een patiënt aan de gevolgen van het onderzoek.⁶ Röntgenonderzoek van de maag is zeer veilig en wordt door patiënten beter verdragen dan het slikken van een endoscoop.

Bovenstaande gegevens overwegende, zijn wij van mening dat het „vraag een endoscopie en u maakt gauw weer beter” niet beter, goedkoper, veiliger of prettiger is dan „met dubbelcontrastbarium meer mans”. De volgende stap wordt ongetwijfeld het aanvragen door de huisarts

van endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP) voor patiënten met vage bovenbuiksklachten en normale bevindingen bij gastroscopie, onder het motto „ERCP? goed idee!“. Ook onzes inziens dient de huisarts in bepaalde, goed afgesproken situaties zelf rechtstreeks endoscopisch onderzoek te kunnen aanvragen, maar Lückers et al. hebben geen bijdrage geleverd waarmee de discussie over dit belangrijke vraagstuk uit de praktijk vooruit wordt geholpen. Van een bredere kijk op dit probleem getuigde kort geleden Van der Zwan.⁷

LITERATUUR

- Deschamps JP, Allemand H, Gauffeny B, et al. Evaluation diagnostique et économique de l'endoscopie digestive haute en première intention dans l'exploration oesogastro-duodénale. Resultats d'une étude prospective, en dehors des hemorrhagies digestives. A propose de 184 malades. *Gastroenterol Clin Biol* 1982; 6: 229-34.
- Wesdorp ICE. Advances in diagnosis, medical- and operative endoscopic treatment of esophageal disorders. Amsterdam, 1983. Proefschrift.
- Gelfand DW, Ott DJ. Single- vs double-contrast gastrointestinal studies: critical analysis of reported statistics. *AJR* 1981; 137: 523-8.
- Cotton PB. Fiberoptic endoscopy and the barium meal-results and implications. *Br Med J* 1973; ii: 161-5.
- Fraser GM, Earnshaw PM. The double contrast barium meal: a correlation with endoscopy. *Clin Radiol* 1983; 34: 121-31.
- Schiller KFR, Prout BJ. Hazards. In: Schiller KFR, Salmon PR, eds. *Modern topics in gastrointestinal endoscopy*. Londen: William Heinemann Medical, 1976: 147-65.
- Zwan JC van der. Oesofago-gastro/duodenoscopie als faciliteit van de huisarts? *Med Contact* 1984; 39: 1476-8.

Sittard, februari 1985

L.P. BOS
L.G.J.B. ENGELS

De opzet van ons onderzoek is onder andere bedoeld als oriëntatie naar de diagnostische „opbrengst“ bij een Nederlandse patiëntenpopulatie, die rechtstreeks door de huisarts voor endoscopie wordt verwezen. Geenszins hebben wij een vergelijking willen maken tussen endoscopie en radiologie, hoewel een dergelijk, liefst prospectief, onderzoek in Nederland natuurlijk welkom zou zijn. Uit een recent onderzoek in de Verenigde Staten kan echter worden geconcludeerd, dat de sensitiviteit en specificiteit van de endoscopie significant hoger is dan van dubbelcontrast-röntgenonderzoek.¹ De meeste fout-negatieve bevindingen bij het röntgenonderzoek betroffen oesophagitis, gastritis en ulcera van maag en duodenum. Voor een uitvoerige vergelijking tussen de diagnostische accuratesse van beide methoden kan de lezer verder worden verwezen naar Cotton en Shorvon.²

Wat de complicaties betreft: röntgenonderzoek is vermoedelijk veiliger dan endoscopie, echter ook niet altijd zonder gevaren.³ De belangrijkste complicatie bij endoscopie is perforatie, met name van de slokdarm zodat een goede introductietechniek essentieel is. Bij uitgesproken dysfagieklachten is een röntgenonderzoek van de slokdarm te prefereren. Het aantal patiënten met dysfagieklachten op het totale aantal met bovenbuiksklachten is echter klein. In hoeverre de patiënt een van beide onderzoeksmethoden preferere, blijft een open vraag. In een recent prospectief onderzoek werden 100 patiënten röntgenologisch en endoscopisch onderzocht. Er werd door hen geen duidelijke voorkeur aangegeven.⁴ Men mag echter verwachten, dat de acceptatie door patiënten van oraal endoscopisch onderzoek steeds verder zal toenemen met het gebruik van de moderne dunne en zeer soepele fiberendoscopen.

Het kostenaspect van endoscopisch onderzoek viel buiten onze vraagstelling. Endoscopisch onderzoek is kostbaarder dan röntgenologische diagnostiek. Men dient zich echter te realiseren, dat vrijwel iedere patiënt met een röntgenologische afwijking alsnog naar de internist wordt verwezen voor

endoscopie (kosten verwijzing, consult internist en endoscopisch onderzoek). Anderzijds is uit ons onderzoek gebleken, dat 61 van 70 patiënten na de endoscopie adequaat door de huisarts zelf konden worden behandeld. Bovendien was er een belangrijk aantal patiënten, bij wie na endoscopie geen indicatie meer bestond voor H₂-receptorantagonisten. Men zal onzes inziens deze additionele kostenaspecten ook in de totale berekening dienen te betrekken.

Wij zijn het oneens met collega Chandie Shaw, dat sedering voorafgaande aan endoscopisch onderzoek noodzakelijk is. In de afgelopen 5 jaar is op onze afdeling slechts sporadisch aan een patiënt diazepam i.v. gegeven; als routine wordt in de grotere Nederlandse centra voor endoscopie geen premedicatie meer toegediend. Het door collegae Bos en Engels gerefereerde artikel van Van der Zwan is een goed overzicht, maar bevat geen eigen gegevens, die de keuze tussen endoscopie of röntgenonderzoek kunnen vergemakkelijken. De opmerkingen „vraag een endoscopie en u maakt gauw weer beter“ en „met dubbelcontrast meer mans“ zijn opmerkingen die geenszins bijdragen aan een zorgvuldige discussie. Dit geldt nog sterker voor de zinsnede over de ERCP, die voor ons geheel onbegrijpelijk is.

LITERATUUR

- Dooley CP, Larson AW, Stace NH, et al. Double-contrast barium meal and upper gastro-intestinal endoscopy. *Ann Intern Med* 1984; 101: 538-45.
- Cotton PB, Shorvon PJ. Analysis of endoscopy and radiography in the diagnosis, follow-up and treatment of peptic ulcer disease. *Clin Gastroenterol* 1984; 13: 383-403.
- Gelfand DW. Complications of gastrointestinal radiologic procedures. I Complications of routine fluoroscopic studies. *Gastrointest Radiol* 1980; 5: 293-315.
- Dooley CP, Weiner J, Larson AW. A prospective study of patient acceptability of UGI endoscopy and X-ray. *Gastrointest Endosc* 1983; 29: 164 (A).

Amsterdam, maart 1985

S.G.M. MEUWISSEN
H.P.M. FESTEN

De waarde van de herniografie bij onbegrepen pijn in de lies

Verhaar en Pot beschrijven een blijkbaar doeltreffende manier om een hernia te ontdekken bij onbegrepen pijn in de lies (1985; 359-61). Zij vermelden dat het bekend is dat een hernia bij lichamelijk onderzoek niet altijd is aan te tonen. „Het is bekend“ is een vrijblijvende, nogal vage mededeling. In hoeverre is er bij deze patiënten werkelijk een zorgvuldige anamnese opgenomen en vond een „uitputtend“ lichamelijk onderzoek plaats?

Iedere patiënt en a fortiori een patiënt met pijn in de lies (wanneer, in welke houding ontstaat de pijn?) hoort in staande houding te worden nagekeken, terwijl hij wel en terwijl hij niet perst. Naar mijn mening wordt een patiënt veel te vaak alleen in liggende houding onderzocht. In staande houding lukt het dan vaak om een hernia te vinden die men oorspronkelijk over het hoofd zag. Hetzelfde geldt ook voor een hernia epigastrica die nog niet was ontdekt, ondanks uitvoerig onderzoek met maagfoto's en gastroscopie.

Vroeger schreef Louis Ramon in de *Presse Médicale* zijn „Petites cliniques“. De boeiende lectuur was voldoende om het semi-artsexamen voor interne geneeskunde af te kunnen leggen. Eén van de lessen heeft de titel „Orthostatisme et orthodiagnostic“. Het gaat om een man die verscheidene