

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

artsen heeft geconsulteerd, omdat hij steeds na een lange autorit hevige pijn in de linker lies krijgt. Ten einde raad consulteert hij Louis Ramon en deze vindt in staande houding een kleine hernia inguinalis medialis. Na operatie is de man van zijn pijn af. Hoe vaak is een röntgenonderzoek, met stralen ook op de genitalia, werkelijk nodig om een hernia te ontdekken?

Leersum, februari 1985

W. DEN BOER

De retorische vraag van collega Den Boer of wel een uitputtend lichamelijk onderzoek, gericht op het aantonen van een liesbreuk plaatsvond, geeft ons de gelegenheid te benadrukken, dat dit uiteraard het geval was. Het lichamelijk onderzoek werd vóór de herniografie veelal door

verscheidene artsen verricht. Na een positief herniogram werden de patiënten vóór de operatie nogmaals onderzocht. Ook dan kon geen hernia worden vastgesteld.

Wij kunnen van harte instemmen met de opmerking van collega Den Boer, dat een patiënt met liesklachten zowel in liggende als in staande houding onderzocht moet worden.

Herniografie is zeker niet vaak geïndiceerd. Alleen patiënten met liesklachten zonder afwijkend lichamelijk onderzoek en bij wie andere oorzaken van de pijn zijn uitgesloten, komen hiervoor in aanmerking. De geringe nadelen van het onderzoek wegen naar onze mening dan ook op tegen het risico van een liesexploratie, waarbij geen hernia wordt vastgesteld.

Maastricht,
Alkmaar, maart 1985

J.A.N. VERHAAR
J.H. POT

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Financiële steun van de Stichting „De Drie Lichten”

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 1 juni 1985 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris. Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun, die slechts een aanvullend karakter kan hebben, betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen, in verband met het voorgenomen onderzoek, voor te maken onkosten. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te stellen.

Het is thans eveneens mogelijk financiële steun te verlenen aan a.s. artsen die participeren in een onderzoek. De aanvraag dient te geschieden door degene die de primaire verantwoordelijkheid draagt voor het onderzoek.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstelling en methode van het onderzoek en vergezeld te gaan van een begroting, aanbevelingen en een curriculum vitae. Aanvragen zenden aan prof.dr. A. Huson, secretaris, Anatomisch-Embryologisch Laboratorium, Wassenaarseweg 62, 2333 AL Leiden.

Fellowships Koningin Wilhelmina Fonds 1986

De Stichting Koningin Wilhelmina Fonds – Nederlandse Organisatie voor de Kankerbestrijding (KWF) verstrekt fellowships die bestemd zijn voor academici, die in aansluiting aan hun opleiding zich willen bekwalen in het kankeronderzoek of de behandeling van kanker. In principe komen alle onderdelen van het kankeronderzoek in aanmerking. De opleiding kan plaatsvinden bij diverse instituten. Enige voorkeur zal worden gegeven aan kandidaten met belangstelling voor klinisch-experimenteel oncologisch onderzoek. Deze zogenaamde klinische fellowships staan open voor medische specialisten. Bij de niet-klinische fellowships gaat de voorkeur uit naar kandidaten, die gepromoveerd zijn of geruime tijd researchervaring hebben. In principe dienen alle kandidaten jonger te zijn dan 35 jaar.

Van de kandidaat wordt een uitvoerig curriculum vitae verwacht, alsmede ideeën met betrekking tot de te volgen opleiding en het instituut waar hij/zij de opleiding zou willen ontvangen. Een fellowship is niet bedoeld voor medewerking aan een wetenschappelijk project van beperkte omvang of een promotie-onderzoek. De Wetenschappelijke Raad voor de Kankerbestrijding draagt kandidaten voor een KWF-fellowship voor bij het Bestuur van de Stichting KWF. Het fellowship geldt voor een periode van maximaal twee jaar.

Inlichtingen zijn te verkrijgen bij de afdeling Research Coördinatie van het KWF, tel. 020-640991. Aanvragen vóór 1 juli te richten aan de Wetenschappelijke Raad voor de Kankerbestrijding, Sophialaan 8, 1075 BR Amsterdam.

BOEKAANKONDIGINGEN

Tecnazene. (Environmental health criteria 42.) 23 bl., fig., tabellen. World Health Organization, Genève 1984 (voor Nederland: Medical Books Europe, Lochem). Prijs: ingen. Zw.fr. 6,-.

Chlordane. (Environmental health criteria 34.) 82 bl., tabellen. World Health Organization, Genève 1984 (voor Nederland: Medical Books Europe, Lochem). Prijs: ingen. Zw.fr. 10,-.