

vooral van belang ter voorkoming van trombo-embolische complicaties bij patiënten met een verhoogd trombose-risico.

3. Naast de terechte conclusie dat de plaats van de dihydroergotamine (DHE)/heparine-combinatie zich niet met zekerheid laat vaststellen, dient opgemerkt te worden dat onlangs in de literatuur melding werd gemaakt van cardiale en hematologische complicaties bij het gebruik van heparine en (of) DHE-heparine.⁸⁻¹⁰

4. Het is onzes inziens niet correct om ten aanzien van het kostenaspect juist de arbeidskosten van de verpleegkundige en medische staf en van de noodzakelijke laboratoriumcontroles, vooral bij gebruik van heparine en orale anticoagulantia, buiten beschouwing te laten. Tromboseprofylaxe met dextran maakt laboratoriumonderzoek overbodig, waardoor dus een niet onaanzienlijke kostenbesparing gerealiseerd wordt. Bovendien dient vermeld te worden dat de toepassing van dextran een combinatie-therapie is, waarbij naast plasmasubstitutie gelijktijdig tromboseprofylaxe wordt nagestreefd.

Tot slot stellen wij vast dat Meuwissen door zijn gedifferentieerd oordeel in de niet aflatende stroom van internationale publikaties over dit onderwerp een waardevolle bijdrage heeft geleverd aan de heroverwegingen van de hedendaagse therapiekeuze bij tromboseprofylaxe.

LITERATUUR

- 1 Ljungström KG. Prophylaxis of postoperative thromboembolism with dextran 70: improvements of efficacy and safety. Acta Chir Scand 1983; Suppl 514.
- 2 Hedin H. Dextran-induced anaphylactoid reactions in man. Immunological in vitro and in vivo studies. Uppsala: 1977. Proefschrift.
- 3 Hedin H, Richter W. Pathomechanisms of dextran induced anaphylactoid/anaphylactic reactions in man. Int Arch Allergy Appl Immunol 1982; 68: 122-6.
- 4 Gruber UF, Wettler H, Allemann U, Gerber H, Laubenthal H, Messmer K. Prevention of dextran-induced anaphylactoid reactions by preinjection of 20 ml haptens in 12000 patients in Switzerland. Schweiz Rundschau Med 1982; 26: 1092-100.
- 5 Renck H, Ljungström KG, Rosberg B, Dhunér KG, Dahl S. Prevention of dextran-induced anaphylactic reactions by haptens inhibition II. A comparison of the effects of 20 ml dextran 1, 15%, administered either before or admixed to dextran 70 or dextran 40. Acta Chir Scand 1983; 149: 349-53.
- 6 Carlin G, Saldeen T. Effect of dextran on fibrinolysis inhibition activity in serum. Thromb Res 1978; 12: 1165.
- 7 Åberg M, Rausing A. The effect of Dextran 70 on the structure of ex vivo thrombi. Thromb Res 1978; 12: 1113.
- 8 Phelan BK. Heparin-associated thrombosis without trombocytopenia. Ann Intern Med 1983; 99: G37-8.
- 9 Meissner K, Meiser G. Kardiale Komplikationen unter Heparin und Dihydroergotamin. MMW 1984; 126: 739-42.
- 10 Guillin MC. Les thrombopénies induites par l'héparine. Ann Chir Thorac Cardiovasc 1984; 38: 114-8.

Emmer-Compasuum, maart 1985

R.W. RONKES

J.B. DE VRIES

H.M.H. SCHEEPSTRA

*Nederlands Produktielaboratorium
voor bloedtransfusieapparatuur
en infusievloeistoffen b.v.*

De collegae Ronkes, De Vries en Scheepstra geven waardevolle aanvulling betreffende anafylactische reacties bij dextran-gebruik. Een vóórinjectie met 20 ml dextran 1000, 150 mg/ml blijkt ernstige anafylactische reacties te kunnen voorkomen. Wat betreft de invloed van dextran op de fibrinolyse kan ik hun mening echter niet onderschrijven. De literatuur hierover is geenszins eensluidend en ook de twee artikelen waar zij naar verwijzen geven voor hun stelling onvoldoende steun. Carlin en Saldeen onderzochten

in vitro gevormde stolsels ontstaan uit bloed van met dextran behandelde konijnen. Zij konden geen verschil aantonen in gevoeligheid voor plasminase tussen deze stolsels en normale stolsels. Zij speculeren over een verminderde biologische activiteit van anti-plasminase of een verhoogde activering van plasminogeen, effecten die zij overigens niet hebben aangetoond.¹ Åberg en Rausing onderzochten ex vivo in de Chandler-tube gevormde thrombi. Na dextran-toediening werd een duidelijke afname gevonden van de trombocytanaggregaten in de kop van de thrombus.² Zij denken dat hierdoor een verhoogde gevoeligheid voor de fibrinolyse na dextran-toediening kan worden verklaard, doch hebben zelf hierover geen onderzoek verricht.

Naar mijn mening kan noch op grond van de door Ronkes c.s. geciteerde literatuur noch op grond van overige mij bekende literatuur gesteld worden dat door dextran-toediening op welke wijze dan ook een belangrijke beïnvloeding van de fibrinolyse optreedt en dat een dergelijke invloed een bijkomend of een hoofdargument zou zijn voor het gebruik van dextran.

LITERATUUR

- 1 Carlin G, Saldeen T. Effect of dextran on fibrinolysis inhibition activity in serum. Thromb Res 1978; 12: 1165.
- 2 Åberg, Rausing A. The effect of Dextran 70 on the structure of ex vivo thrombi. Thromb Res 1978; 12: 1113.

Utrecht, mei 1985

O.J.A.TH. MEUWISSEN

Kinderen met leermoeilijkheden op het spreekuur

Het artikel van Touwen (1985; 682-4) levert naar mijn mening geen verhelderende bijdrage aan de opvang en begeleiding dan wel behandeling van kinderen met leermoeilijkheden. Niet alleen de formuleringen heb ik als storend ervaren doch ook de feitelijke inhoud van het artikel.

De huidige situatie wordt niet beschreven, waardoor een hele groep „werkers op schoolniveau” te kort gedaan wordt. Leerkrachten, remedial teachers, medewerkers van begeleidingsdiensten en ook schoolartsen zijn immers bij de signalering van leerstoornissen nauw betrokken. Op veel plaatsen in den lande komen zij daartoe bijeen in commissies die ongeveer eenmaal per maand vergaderen. De alertheid op mogelijke medische achtergronden van de leerstoornis is daarbij groot, zeker niet alleen bij de steeds aanwezige schoolarts. Kinderen kunnen overigens ter bespreking worden aangemeld door zowel de school, de ouders als de schoolarts (n.a.v. periodiek geneeskundig of schoolrijpheidsonderzoek). Op dergelijke vergaderingen worden concrete afspraken gemaakt voor verdere evaluatie en onderzoek (bijv. oudergesprekken, psychologisch en pedagogisch-didactisch onderzoek en onderzoek door de schoolarts). Veelal roept de schoolarts het kind op. Uitgebreide anamnese, hetero-anamnese en lichamelijk onderzoek (inclusief screenend neurologisch onderzoek en onderzoek van visus en gehoor) zijn dan vanzelfsprekend. Dergelijk onderzoek kan naar mijn mening aan de schoolarts worden overgelaten, daar deze bij uitstek de laagdrempelige eerstelijnswerker is die verbanden kan leggen tussen leerstoornissen enerzijds en eventuele somatische of psycho-sociale problematiek anderzijds. Ook kent de schoolarts zeer wel de verwijsmogelijkheden, uiteenlopend van bijv. een kinderteam, de KNO-arts, de oogarts, de neuroloog en een audiologisch centrum tot het RIAGG,

de schoolverpleegkundige en het maatschappelijk werk. Natuurlijk is de huisarts de spil in onze gezondheidszorg. Overleg en informatie-uitwisseling zijn essentieel. Voor de meeste verwijzingen is de medewerking van de huisarts noodzakelijk, en terecht. Toch meen ik dat de taak die ik uit het artikel van Touwen lees niet voor de huisarts is. Deze wordt, ingebed in structuren als onderwijsbegeleidingsdienst en jeugdgezondheidszorg, al door schoolartsen vervuld. Zij dienen in deze ook als adequaat opgeleide buffer voor de huisarts en specialisten. De laatste regel van Touwens artikel waarin hij spreekt van „nog meer ongewenste ont-medicalisering” voel ik dan ook als aanval op de alertheid en competentie van schoolartsen. Het is aan hen om naar eer en geweten het moment te bepalen waarop eigen kunnen te kort schiet. De stelling dat kinderen met leerstoornissen minstens éénmaal hun huisarts dienen te bezoeken bestrijd ik.

Vlaardingen, april 1985

G. STOUTHAMER

Collega Stouthamers reactie biedt mij de welkome mogelijkheid een misverstand recht te zetten dat blijkbaar uit mijn commentaar kan voortkomen. Zijn verdediging van de schoolarts is mij uit het hart gegrepen, overtuigd als ik ben dat het grote merendeel der schoolartsen in dezen voortreffelijk werk doet. Niet voor niets noemde ik de schoolarts – en de andere „werkers op schoolniveau” – al in de eerste alinea. Hun behzigheden zijn onmisbaar, uiteraard. Maar collega Stouthamer geeft zelf aan dat voor de meeste verwijzingen de medewerking van de huisarts noodzakelijk is, en ik neem aan dat dit ook het geval is voor vele vormen van eventueel noodzakelijke medische behandeling. Bovendien kent de huisarts (hopelijk) het gezin van een kind met problemen vanuit een andere, nl. aanvullende hoek, en ik blijf ervan overtuigd dat deze kennis in veel gevallen even essentieel is als die van de schoolarts. Vandaar mijn pleidooi voor een bezoek aan de huisarts. Hiermee is de schoolarts niet buiten spel gezet of zijn rol gemitigeerd. Integendeel, het is juist de samenwerking tussen schoolarts en huisarts die het beste resultaat kan opleveren. Mijn stuk was echter in de eerste plaats bedoeld om de rol en de mogelijkheden van de huisarts te benadrukken, en daarmee zijn motivatie – als dat nog nodig is – om zich op dit gebied toe te rusten, te versterken. Dat laat de betekenis van de schoolarts onverlet, niet alleen bij de signalering, ook bij de verdere begeleiding. Mijn zinsnede tegen de ont-medicalisering houdt dan ook geen aanval op de schoolarts in. Ik dank collega Stouthamer mij de gelegenheid te hebben gegeven dit misverstand uit de weg te ruimen.

Groningen, april 1985

B.C.L. TOUWEN

Collega Touwen geeft een aantal uitstekende adviezen aan de huisarts die geconfronteerd wordt met kinderen met leerproblemen. Ook met zijn betoog tegen onnodig verwijzen en ongewenst „ont-medicaliseren” zijn wij het geheel eens. Des te spijtiger is het dan ook dat de jeugdarts (schoolarts, zo men wil) in het artikel nauwelijks voorkomt. Toch is het de jeugdarts die in de regel als eerste voor de leerproblemen wordt geconsulteerd en vervolgens een onderzoek doet. Dank zij de longitudinale begeleiding die de jeugdgezondheidszorg biedt, heeft de jeugdarts bovendien de beschikking over gegevens over de ontwikkeling en de „historia morborum” van het kind en over het functioneren van het kind thuis, op school en in het derde milieu en heeft hij de mogelijkheid (bijv. in het schoolmilieu) „krepelhouw te ruimen”.

Vaak pleegt de jeugdarts overleg met de huisarts, gezien diens positie ten opzichte van het gezin. Wanneer naar aanleiding van een anamnese en onderzoek door de jeugdarts nader medisch onderzoek of behandeling noodzakelijk wordt geacht, volgt altijd verwijzing naar de huisarts. Het valt daarom te betreuren dat collega Touwen in de „schoolarts” niet meer ziet dan een verwijzer of informant. Gelet op zijn specifieke deskundigheid lijkt de jeugdarts de eerstaangewezen om de „psychohygiënische omgeving in brede zin” te bewaken en tegelijkertijd ongewenste ontmedicalisering te voorkomen.

Leiden, april 1985

H.M. GIJSMAN-KRUIDENIER
namens de jeugdartsen van de
GG en GD Leiden

In de organisatie van onze gezondheidszorg neemt de jeugdarts – van consultatiebureau tot school – een essentiële plaats in. Ik ga ervan uit dat de jeugdartsen hun specifieke deskundigheid t.a.v. kinderen met leer- en (of) gedragsproblemen in haar volle breedte kennen. In mijn artikel heb ik de jeugdarts (of de schoolarts) dan ook slechts zijdelings genoemd. Maar al zal deze laatste veelal de eerste zijn die geconsulteerd wordt, toch krijgt ook de huisarts meer dan genoeg zijn deel, en voor deze laatste situatie was mijn stuk bedoeld. Juist ook gezien het feit dat de schoolarts (en jeugdarts) vaak overleg pleegt met, dan wel verwijst naar de huisarts, is een bezoek aan de huisarts gewenst. Als het goed is zal de huisarts even vaak overleg plegen met de schoolarts. Hun „gesloten front” biedt de beste mogelijkheden voor het onderhavige kind – en diens gezin. Voor competentiestrijd is geen reden. Ik dank collega Gijsman voor haar welkome aanvulling.

Groningen, april 1985

B.C.L. TOUWEN

Gaarne wil ik reageren op het artikel van prof. Touwen. Wat zijn kinderen met leerproblemen? Dit zijn kinderen die problemen met het leren hebben doordat het onderwijs eisen aan hen stelt, waaraan zij niet kunnen voldoen. Wordt het onderwijs voldoende aangepast (kunnen o.a. hiaten in de ontwikkeling opgevuld worden, wordt bijv. de plaats in de klas aangepast wegens verminderde visus of gehoor of wordt het meubilair aangepast wegens houdingsafwijkingen) dan kan een groot deel van de leerproblemen verdwijnen. In het algemeen kunnen leerproblemen voorkomen worden door het onderwijs minder systeem- doch meer kindgericht te laten worden.

Dat leerproblemen altijd onverwacht optreden bestrijd ik. Reeds op kleuterleeftijd kan door de schoolarts een goed beeld van de ontwikkeling van het kind gecreëerd worden. Dit geldt zowel voor de anamnese als voor het onderzoek. Hierbij komen lichamelijke, psychische, sociale en sensomotorische aspecten ruim aan de orde. De schoolarts krijgt de medische gegevens (inclusief vroegere anamnese) van de consultatiebureau-arts, waardoor een longitudinaal ontwikkelingsbeeld gevormd kan worden, dat objectief erg betrouwbaar is. Aan de hand van de recente anamnese (gevraagd aan ouders en kleuterleidster) en het onderzoek kunnen adviezen worden gegeven met betrekking tot het ontwikkelingsprofiel van het kind, zonodig in overleg met de schoolbegeleidingsdienst. Dit voorkomt bij een aantal kinderen met problemen in de ontwikkeling (late rijping, motorische problemen, inzichtswakke, slechte concentratie) leerproblemen. Bij anderen zijn ze niet te voorkomen, maar wel te verwachten, waardoor tijdige aanpassing en specifieke begeleiding mogelijk zijn. Ook dan