

Aangezien een computer in wezen niets meer is dan een opeenstapeling en aansluiting van schakelaars, die òf in de „uit“- òf in de „aan“-stand staan, heeft de „computerfiel“ ook in zijn meningen de neiging om in uitersten van zwaart en wit te denken. De bibliothecaris en de internist kennen echter vele schakeringen van grijs daartussen.

Het kan best zijn, dat er modems zijn die alles kunnen en desondanks minder dan f 1000,- kosten. Gezien de vereiste PTT-goedkeuring (die merkwaardigerwijze niet op het apparaat vermeld wordt) is men echter bij de aanschaf afhankelijk van de Nederlandse tussenhandel. Voor de computerfanaat zijn er ongetwijfeld voor weinig geld vele typen Britse en Amerikaanse modems te verkrijgen, die zonder meer toepasbaar zijn als men beschikt over de nodige technische kennis. Men is er echter met de modem alleen nog niet, omdat veel microcomputers niet standaard over een parallelle „interface“ beschikken. Verder is „gebruikers-vriendelijke“, menu-gestuurde communicatiesoftware, die naar keuze in „line-mode“ of „screen-mode“ de gevonden informatie aan de printer doorgeeft, tijdsinformatie van de computerklok accepteert en keuze biedt in besturingssystemen voor op deze wijze „offloaded“ tekst, nog slechts in beperkte mate verkrijgbaar. Als abonnee op DIMDI (Keulen) of DATASTAR (Bern) kan men echter ook zonder printer werken en de opgezochte informatie door de geraadpleegde „host-computer“ laten printen en over de post opsturen. Op de lange duur is dit vermoedelijk kostbaarder.

Het geven van beperkte commando's voor het opzoeken van enkele trefwoorden in de twee bovengenoemde computersystemen is inderdaad eenvoudiger dan de professionele bibliothecarissen ons willen laten geloven. Het uitstippelen van uitvoerige zoekstrategieën, zoals dat bijv. wordt toegepast voor het dichten van de laatste informatiegaten in een wetenschappelijke (tijdschrift)publikatie of een dissertatie, een procedure die bedoeld is om door het aanleggen van strenge beperkende criteria de aansluiting tot het uiterste te beperken, blijft naar mijn mening een moeilijke en tijdrovende zaak; de bedoeling van de host-organisaties is, dat men daardoor het meeste werk verplaatst naar de voorbereidingsperiode vóór het tot stand brengen van een aansluiting. Het is goedkoper om van te voren in een thesaurus (een eenmalige kostbare uitgave) na te gaan welke zoektermen men kan gebruiken, dan dat men op het scherm van foute spelling naar foute spelling struikelt. Voordat men kan „spelen“ met commando-„strings“ als „...P 9/TI,TT/DOC=1-3“ is er tussen Bern, of Keulen, en Lobith veel water door de Rijn gestroomd. De biomedische databank is er in principe dan ook niet voor de 70% quick-and-dirty die iedere goed toegeruste ziekenhuisbibliotheek binnen 24 uur kan leveren, maar voor het bij elkaar harken van de resterende 30%. Hoe „dirty“ de genoemde snelle methode inderdaad is, toont een 4 minuten en 54 seconden durende blik in the online-thesaurus van EMBASE (Excerpta Medica), die mijn naam 48× vermeldt, en van MEDLARS (NLM), die 54× haalt; de collegae Hendel et al. komen gezamenlijk op resp. 3 en 3 maal doch gezien mijn gevorderde leeftijd is de vergelijking oneerlijk.

Of men bepaalde voorzieningen „duur“ vindt, hangt van ieders persoonlijke verhouding tussen inkomsten en bestedingspatroon af. Afgezien van de apparatuur komen een uur zoeken op DIMDI of DATASTAR (d.w.z. telefoonkosten, abonnement op de host-computer, gebruikskosten en royalties van de geraadpleegde database) en op het (goedkoopste) MEDLINE-bestand op ca. f 105,- + f 1,- per opgezochte en online afgebeeld scherm. Het inwinnen van informatie bij Excerpta Medica (EMBASE) komt bijna op

het dubbele. Ik beschik echter niet over informatie betreffende de prijzen van een verbinding met DIALOG via de Amsterdamse TYMNET-centrale. De door collega Hendel et al. vermelde kosten van de verbinding met DIMDI kunnen mijns inziens alleen tot het genoemde prijsniveau gedrukt worden als men er een sport van maakt om de literatuurrecherche in recordtijd te verrichten, en zeker als men de mogelijkheid heeft om met snelheden van 1200 baud full-duplex of hoger te werken. De daarvoor geschikte hardware valt financieel dan wel in een andere orde van grootte dan de gewone huis-tuin-en-keukenapparatuur. Of men tenslotte in het huidige pioniersstadium bij literatuuronderzoek per computer al van in geld en kwaliteit van medisch handelen uit te drukken verbetering van rendement mag spreken, waag ik (vooralsnog) te betwijfelen.

Het is betreurenswaardig dat op het moment dat men op de universiteiten begint te beseffen, dat Nederland een jarenlange achterstand heeft op het gebied van de praktische toepassing van de microcomputer in onderwijs en research, en met name in medische kringen een doorbraak te verwachten is in het gebruik van online-literatuuronderzoek met behulp van de eigen of instituuts(micro)computer, het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen besloten heeft de Stichting COBIDOC ingaande 1 januari 1986 op te heffen. Ik juich daarom het voorstel van de collegae Hendel et al. om te komen tot de oprichting van een (bio)medische werkgroep die het voorlichtingsaspect van COBIDOC kan overnemen, al dan niet met gebruikmaking van de kolommen van dit Tijdschrift, van harte toe. Ik zie nadere initiatieven van hun zijde daarom ook met grote belangstelling tegemoet.

Amsterdam, september 1985

L. OFFERHAUS

Een patiënte met insuline-allergie

Met belangstelling heb ik dit artikel van collega Boersma gelezen (1985; 1635-8). Misschien zijn enkele aanvullingen nuttig.

Hoewel allergische reacties op insuline zeldzaam zijn, kunnen ze grote problemen geven. Met de komst van de sterk gezuiverde insulinepreparaten en humane insuline is het aantal ernstige allergische reacties wel verminderd, maar zeker niet verdwenen. Allergische reacties verdwijnen niet altijd wanneer van dierlijk op humaan insuline wordt overgeschakeld.¹ Ze kunnen soms verergeren,² of ontstaan als de patiënt in plaats van dierlijk insuline humaan insuline gaat gebruiken.³ In hoeverre vertonen patiënten die nooit met dierlijke insulines behandeld zijn allergische reacties op humane insuline? Onlangs is een dergelijke patiënt beschreven.⁴

Verschillen in tertiaire structuur tussen natief en door recombinant-DNA-techniek of door chemische modificatie van dierlijk insuline bereid humaan insuline zijn wel verondersteld, maar tot nu toe niet aangetoond. Modificaties van de tertiaire structuur zouden kunnen optreden door het middel waarin het insuline is opgelost of door bijmenging van ionen of andere stoffen. Dit is iets anders dan allergische reacties die door het solvens kunnen ontstaan. Blijvend hoge IgE-titers na overschakelen van dierlijk op humaan insuline zijn beschreven.² Insuline-antilichamen kunnen soms al aangetoond worden bij iemand die niet met enig insuline is behandeld.⁵ Ook positieve huidreacties tegen dierlijk en humaan insuline zijn gerapporteerd bij patiënten die nooit eerder met insuline behandeld zijn.⁴ Hoewel de IgE-titers bij allergische reacties verhoogd zijn,

bestaat er niet altijd een correlatie tussen de ernst van de allergische reacties en die titers.⁶

LITERATUUR

- ¹ Carcía-Ortega P, Knobel H, Mirada A. Sensitisation to human insulin. *Br Med J* 1984; 288: 1271.
- ² Cravetto CA, Schianca SC, Ramassotto E. Intolleranza all'insulina: anche l'insulina umana ha proprietà immunogeniche? *Giornale Italiano di Diabetologia* 1984; 4: 145-6.
- ³ Berke L, Owen Jr JA, Atkinson Jr RL. Allergies to human insulin. *Diabetes Care* 1984; 7: 402-3.
- ⁴ The Study Group for S-3300, Central Committee (Kosaka K, Baba S, Shigeta Y, Tarui S, Akanuma Y). A multicenter clinical trial of human insulin (recombinant DNA) - A „new patient” study -. *Journal of the Japan Diabetic Society* 1984; 127: 27 (Suppl 2): 179-88.
- ⁵ Palmer JP, Asplin CM, Clemons P, et al. Insulin antibodies in insulin-dependent diabetics before insulin treatment. *Science* 1983; 222: 1337.
- ⁶ Kamado K, Hoshiyama S, Fujita S, Hoshi M. Human insulin (recombinant DNA) therapy in patients with monocomponent insulin allergy. *Journal of the Japan Diabetic Society* 1984; 27 (Suppl 2): 269-76.

Leiden, september 1985

H.M.J. KRANS

Ik dank collega Krans vriendelijk voor de waardevolle aanvullingen op mijn artikel. Wat betreft de mededeling dat positieve huidreacties op toediening van insuline zijn geregistreerd bij patiënten die niet eerder met insuline behandeld zijn geweest, de volgende kanttekening. De reactie op het intracutaan toedienen van insuline kan een specifiek verschijnsel zijn en hoeft niet altijd te duiden op een „pure” allergie voor insuline. In de literatuur wordt dit wel „pseudoreactie” genoemd.¹ Met een aantal methoden, die ik in mijn artikel heb genoemd, is dit met meer zekerheid vast te stellen.

LITERATUUR

- ¹ Shazo RD de, Levinson A, Boehm T, Evans III R, Ward Jr G. Severe persistent biphasic local (immediate and late) skin reaction to insulin. *J Allergy Clin Immunol* 1977; 59: 161-4.

Haren, september 1985

W.G. BOERSMA

Stress-incontinentie bij de vrouw; resultaten van de operatieve behandeling volgens Stamey-Pereyra

Maksimovic et al. beschrijven zeer fraai de door hen toegepaste Stamey-Pereyra-operatie (1985; 951-4). Sinds 1982 wordt ook door ons deze methode gebruikt bij de behandeling van incontinentie vrouwen, aanvankelijk alleen in geval van recidief na een operatie wegens incontinentie. In de eerste periode werd zowel para-uretraal als op de buikfascie ter ondersteuning van de plastic een klein stukje vaatprothese (dacron) gebruikt. In verband met wondinfecties in een van de suprapubische incisies werd dacron later vervangen door een „Hewson ligament button” (polyethyleen).

In de periode 1982 tot 1984 werden door ons 48 patiënten geopereerd, in leeftijd variërend van 33 tot 75 jaar.¹ Bij 25 van hen waren eerder een of meer operaties wegens incontinentie verricht, de overige 23 werden voor de eerste maal geopereerd. Bij 22 resp. 21 patiënten was het resultaat van de Stamey-Pereyra-operatie goed. Bij patiënten met een combinatie van stress- en urge-incontinentie was behalve de stress-incontinentie in 60% ook de sensorische urge na de operatie aanzienlijk verminderd of zelfs geheel verdwenen. Bij geen der patiënten ontstond urge door de operatie.

Bij 6 patiënten moest aan een kant de suprapubische dacronprothese wegens een ontsteking worden verwijderd en één patiënt had een paravesicaal abces. Een vaginale complicatie deed zich nooit voor. Bij 2 patiënten bestond meer dan vier weken urineretentie zodat, intermitterend, zelfcatheterisatie enige tijd noodzakelijk was. Onze groep patiënten verbleef gemiddeld 8½ dag korter in het ziekenhuis dan de Rotterdamse groep. Na de operatie werd de blaas gedurende 3 dagen gedraineerd met een open Folly-catheter, nadien werd het residu bepaald.

Ook wij beschouwen de Stamey-Pereyra-operatie als een zeer elegante behandeling van de incontinentie vrouw. Wij zagen nooit verergering van de incontinentie en postoperatieve complicaties, met name wondinfectie, hebben zich de laatste 10 maanden, sinds het gebruik van polyethyleen knooppjes op de buikfascie, niet meer voorgedaan. Wij beschouwen de incontinentie niet als een specifiek urologisch aangelegenheid, maar als een klacht die door uroloog en gynaecoloog gezamenlijk onderzocht en behandeld moet worden.

LITERATUUR

- ¹ Dijkman GA, Friese S. Vesical-urethral sustaining for recurrent urinary stress incontinence using the Stamey-Pereyra technique. *Acta Urol Belg* 1984; 52: 302-5.

Breda, mei 1985

S. FRIESE
G.A. DIJKMAN

Wij zijn dankbaar voor de door de collegae Friese en Dijkman beschreven resultaten en complicaties. Wij hebben intussen tot september 1984 reeds 63 patiënten volgens de Stamey-Pereyra-methode behandeld: 58 van hen hadden erna geen stress-incontinentie meer. Bij 48 van de 63 patiënten werd voor de operatie stress- en urge-incontinentie aangetoond. Na de operatie hebben nog 11 patiënten urge-klachten in mindere mate gehouden. Bij 2 patiënten werd een perforatie van de steunhechting door de blaaswand gezien. Geïnfecteerde steunhechtingen of lokale pijn werden bij 9 patiënten geconstateerd. De vervolgcontrole bedraagt 15,7 maanden. De gemiddelde opnameduur was 12,3 dagen.

Er zijn drie passages in de ingezonden brief van de collegae Friese en Dijkman waarop ik commentaar wil geven.

1. Bij onze operatie-techniek gebruiken wij ter ondersteuning van de plastic een klein stukje vaatprothese (dacron) alleen para-uretraal en niet op de buikfascie, zoals in hun methode werd beschreven. Gezien het zeer geringe aantal wondinfecties zien wij geen reden onze techniek en materialen te veranderen. Wij hebben geen ervaring met „Hewson ligament button” (polyethyleen).

2. De opnameduur in onze groep patiënten is mede bepaald door de wens van de patiënten zelf om niet naar huis te gaan met een suprapubische catheter.

3. De behandeling van stress-incontinentie bij de vrouw volgens de Stamey-Pereyra-methode is een urologische ingreep omdat de techniek, zoals door ons werd beschreven, de combinatie is van chirurgische en instrumentele handeling. Wij beschouwen de Stamey-Pereyra-operatiemethode voor de behandeling van stress-incontinentie bij de vrouw als een primaire, eenvoudige, operatiemethode, zonder noemenswaardige postoperatieve complicaties en zonder contra-indicaties.

Rotterdam, september 1985

P. MAKIMOVIC