

Patiënt N maakte eerst amaurosis fugax door en kreeg daarna een AION. Met Doppler-onderzoek werd een carotisstenose gevonden. Bij deze patiënt is een embolische genese dus geenszins uitgesloten. Een ernstige carotisstenose kan een slechte perfusie van de N. opticus veroorzaken, ook dit beeld is beschreven in combinatie met AION.^{2,6} Bij patiënten bij wie Doppler-onderzoek afwijkingen laat zien, verdient verder onderzoek, bijvoorbeeld carotisangiografie, aanbeveling in verband met de mogelijkheid van een bedreigde oculaire en cerebrale circulatie. Verder kan bij carotisstenose ter preventie van embolie, het toedienen van plaatjesaggregatieremmers geïndiceerd zijn. Afwijkende bevindingen bij Doppler-onderzoek van de carotis hebben dus wel gelijk consequenties.

LITERATUUR

- 1 Ellenberger Jr C. Ischaemic optic neuropathy as a possible early complication of vascular hypertension. *Am J Ophthalmol* 1979; 88: 1045-51.
- 2 Miller NR. Walsh and Hoyt's clinical neuro-ophthalmology. 4e ed. Vol I. Baltimore: Williams & Wilkins, 1982; 212-23.
- 3 Hayreh SS. Anterior ischaemic optic neuropathy. I. Terminology and pathogenesis. *Br J Ophthalmol* 1974; 58: 955-63.
- 4 Guyer DR, Miller NR, Auer CL, Fine SL. The risk of cerebrovascular and cardiovascular disease in patients with anterior ischaemic optic neuropathy. *Arch Ophthalmol* 1985; 103: 1136-42.
- 5 Hayreh SS. Anterior ischaemic optic neuropathy. III. Treatment, prophylaxis and differential diagnosis. *Br J Ophthalmol* 1974; 58: 981-9.
- 6 Waybright EA, Selhorst JB, Combs J. Anterior ischaemic optic neuropathy with internal carotid artery obstruction. *Am J Ophthalmol* 1982; 93: 42-7.

Rotterdam, september 1985

W.A. VAN DEN BOSCH

Dank aan collega Van den Bosch voor zijn commentaar. De term arteriosclerotische AION wordt in de literatuur vaak gebruikt als een verzamelnaam om alle, niet door reuzencellen-arteriitis ontstane AION, aan te duiden. Dat arteriosclerose nooit bewezen is als primaire oorzaak van deze aandoening en de oorzaak waarschijnlijk multifactorieel bepaald is, kunnen we geheel onderschrijven. In zoverre is deze term inderdaad misleidend. Uiteraard moet bij iedere patiënt met een AION – niet veroorzaakt door een reuzencellen-arteriitis – gezocht worden naar de onderliggende ziekte en dient deze behandeld te worden. Een subtielere diagnose in plaats van „arteriosclerotisch” AION als model voor een medicamenteuze secundaire preventie zou dan ook juist zijn.

Wat betreft de relatie tussen AION en een carotisstenose het volgende: amaurosis fugax komt incidenteel voor bij patiënten met een AION, hetgeen zou kunnen pleiten voor een embolische genese. Daarentegen waren bij onze patiënten geen hemisfeer-TIA's in de voorgeschiedenis aanwezig en werden bij onze patiënten geen duidelijke eenzijdige stenosen gevonden bij Doppler-onderzoek of angiografie, hetgeen in overeenstemming is met de literatuur. Meestal waren de afwijkingen licht en dubbelzijdig, vandaar de term „dubieuze” relatie. Om bij patiënten met een afwijkend Doppler-onderzoek een carotis-angiografie te verrichten is o.i. niet geïndiceerd, alleen op zeer strikte indicatie is carotis-angiografie te overwegen. Afgezien van de risico's van dit onderzoek bestaat er o.i. geen chirurgische indicatie voor een carotidesobstructie bij een geïsoleerd AION.

Gouda, oktober 1985

R.W.M. KEUNEN
L.A.K. BASTIAENSEN
C.C. TIJSEN
J.J. VANDONINCK

Herken uw klassieken; de primaire hypothyreoïdie

Bij het lezen van deze boeiende klinische les (1985; 1809-11) constateerde ik dat de nadruk die aanvankelijk gelegd werd op de waarneming en tenslotte nog eens herhaald wordt in de zinsnede: „... laat uw pen gedurende de eerste vijf minuten van de anamnese liggen, maar kijk...”, uiteindelijk ontkracht wordt door in te gaan op het routinematig uitvoeren van de T₄-bepaling. Zeker voor de huisarts lijkt me dit geen voorbeeld dat navolging verdient, ongeacht het kostenaspect dat aan het eind van het artikel als een soort oudere aangetipt wordt. Wij kunnen nog veel leren van de oudere generatie internisten wat hun waarneming aangaat!

Eindhoven, september 1985

C. DIRKS

De subklinische vorm van de primaire hypothyreoïdie heeft per definitie geen klinische symptomen, terwijl de „mild” vorm ook door een ge oefend klinisch oog gemist kan worden. Ter herkenning van deze beide vormen wordt in overeenstemming met de literatuur voorgesteld de T₄-bepaling als routine bij klinische patiënten in te voeren. Bij de oudere poliklinische patiënten wordt door ons ruim gebruik gemaakt van deze bepaling. Deze procedure leidt er allermint toe, dat er niet meer gekeken en geluisterd wordt. Integendeel. Men krijgt meer ervaring en leert zodoende zichzelf het ziektebeeld eerder te herkennen.

's-Gravenhage, oktober 1985

A. HAAK
A.M.M. KOOTTE

Ibuprofen (alles wat de dokter over de nieuwe, veilige pijnstillers zou willen weten en niet heeft durven vragen)

De lezers van ons tijdschrift kunnen tevreden zijn met de rubriek „Voor de praktijk” en daarin artikelen als die van collega Offerhaus. Dit geldt ook voor het artikel over Ibuprofen (1985; 1772-3). Ik heb hierbij echter een tweetal opmerkingen:

1. De schrijver vermeldt niet „alles” wat de dokter zou moeten weten. Beslist moet worden vermeld de waarschuwing die ook in het Farmacotherapeutisch Kompas (1985) wordt gegeven: „Bij astmapatiënten moet ibuprofen met terughoudendheid worden toegepast, vooral in de gevallen waarin de patiënt bronchospasmen heeft vertoond bij het gebruik van andere niet-steroïde, anti-inflammatoire middelen.”

2. Bij een kort op de praktijk gericht artikel lijkt een literatuurlijst van 52 artikelen, grotendeels in voor de lezers van dit tijdschrift slecht toegankelijke tijdschriften, overbodig.

Havelte, september 1985

P.TH. SMIT

Ik dank collega Smit voor zijn aanvulling. Met alle waardering die ik heb voor de redactiestaf van het „Farmacotherapeutisch Kompas” moet mij echter van het hart, dat uit voorzichtigheid hun benadering te theoretisch kan zijn. Kruisovergevoeligheid ten opzichte van ibuprofen zou bestaan bij ca. 25% van de patiënten die overgevoelig zijn voor acetylsalicylzuur.¹ Men vindt in de literatuur echter ook veel hogere – zij het ongedocumenteerde – percenta-

ges.² Volgens dezelfde bronnen zou in de gehele wereldliteratuur echter slechts één patiënt beschreven zijn met bronchospastische aanvallen ten gevolge van het gebruik van ibuprofen,³ terwijl bij een tweede ziektegeval de astma-aanvallen vermoedelijk aan de toegevoegde kleurstof tartrazine moesten worden toegeschreven.⁴ Gezien de kruisovergevoeligheid van deze tot voor kort veel gebruikte kleurstof ten opzichte van acetylsalicylzuur kan men moeilijk zeggen welke waarde men moet hechten aan de 105 WHO-meldingen van misschien door ibuprofen veroorzaakte bronchospasmen over ruim 10 jaar massaal gebruik, waarvan bijna de helft in het Verenigd Koninkrijk (Committee on the Safety of Medicines; persoonlijke mededeling 1985). Enig risico is er vermoedelijk wel, maar het is zeker een zeldzame bijwerking.⁵

Ik heb er begrip voor, dat collega Smit de bij mijn artikel gevoegde literatuurlijst erg lang vindt. Als medici practici de enige lezers van dit tijdschrift waren, zou ik de lijst onmiddellijk tot de door hem gewenste lengte terugbrengen. Ik vrees echter, dat producenten en importeurs voor

wie het in de vrije verkoop brengen van geneesmiddelen een miljoenenbelang vertegenwoordigt, iedere letter van teksten als deze uitspellen en geen genoegen zullen nemen met vrijblijvende en niet gadstrueerde uitspraken.

LITERATUUR

- 1 Prescott LF. Anti-inflammatory analgesics and drugs used in rheumatism and gout. In: Dukes MNG, ed. Side effects of drugs. Annual 2. Amsterdam: Excerpta Medica, 1978.
- 2 Settignano GA. Adverse reactions to aspirin and related drugs. In: Rainsford KD, Velo G, eds. Advances in inflammation research. Vol. 6: Side-effects of antiinflammatory/analgesic drugs. New York: Raven Press, 1984.
- 3 Szczeklik A, Gryglewski RJ, Czerniawska-Mysik G, Zmuda A. Aspirin-induced asthma. J Allergy Clin Immunol 1976; 58: 10-5.
- 4 Olsen TG, Feldman M. Reaction with ibuprofen in aspirin sensitivity through tartrazine colorant. Arch Dermatol 1976; 112: 883-6.
- 5 Vrhovac B. Anti-inflammatory analgesics and drugs used in gout. In: Dukes MNG, et al, eds. Meylers Side Effects of Drugs. 10e druk. Amsterdam: Elsevier, 1984.

Amsterdam, september 1985

L. OFFERHAUS

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Stipendium van de Stichting tot Bevordering van het Gezondheidszorgonderzoek

Het Bestuur van de Stichting maakt bekend dat voor het jaar 1986 een bedrag beschikbaar is voor het steunen van onderzoek. De steun zal slechts een aanvullend karakter kunnen hebben en wordt bij voorkeur verstrekt aan hen die voor het opzetten van een onderzoek kosten moeten maken. Per onderzoek kan niet meer dan f 2.000,- verstrekt worden. De aanvrager dient een nauwkeurige beschrijving te geven van de doelstelling en methode van het onderzoek en de aanvraag dient vergezeld te gaan van een begroting, aanbevelingen en een curriculum vitae.

Aanvragen – voor 20 december a.s. – richten aan de secretaris-penningmeester van de Stichting: dr. T. Landheer, Molenweg 10, 7431 BJ Diepenveen.

Prof.dr. Jaap Swierenga Prijs

Het bestuur van de prof.dr. Jaap Swierenga Stichting is voornemens in 1986 een prijs uit te reiken aan een Nederlands academicus die zich heeft onderscheiden door onderzoek op het gebied van de diagnostiek, pathogenese of therapie van longziekten. In aanmerking komt klinisch-, laboratorium- of experimenteel onderzoek dat bijdraagt tot inzicht in of de behandeling van longziekten in de breedste betekenis. Een jury, samengesteld uit personen afkomstig uit verschillende disciplines, zal de inzendingen beoordelen en advies uitbrengen aan het bestuur van de Stichting. De prijs zal bestaan uit een oorkonde en een bedrag van f 3.000,-.

Aanmelden van kandidaten dient schriftelijk te geschieden bij de wetenschappelijk secretaris van het bestuur van de Stichting, dr. J.P.M. Wagenaar, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, 1e Oosterparkstraat 179, 1091 HA Amsterdam. Het verzoek dient vergezeld te gaan van publikaties, proefschrift e.d. (in 5-voud) verschenen tussen 31 januari 1983 en 1 januari 1985. De aanmeldingstermijn sluit 31

december 1985. Het te bekronen werkstuk dient ook in een of andere vorm, in een Nederlandstalig, medisch tijdschrift te zijn of te worden gepubliceerd. De beslissing van de jury is bindend.

Prijsvraag van de Heinz Karger Memorial Foundation

De Heinz Karger Memorial Foundation verzoekt toezending van onderzoekspublikaties in de Engelse, Franse of Duitse taal ter mededinging in de prijsvragen 1986 en 1987 over „The vascular endothelium: Its functional heterogeneity” (1986) en „Monoclonal antibodies for diagnosis and research in pathology” (1987). De prijs bedraagt respectievelijk Zw.fr. 15.000 en Zw.fr. 20.000. Het bestuur van de Stichting zal de publikaties beoordelen en de prijs toekennen. De bekroonde publikaties worden in het Engels in één van de Karger-tijdschriften gepubliceerd.

Ten aanzien van de lengte en de juiste inrichting van tekst, illustraties, tabellen en bibliografie stelt de uitgever de „Rules for the preparation of manuscripts” gratis beschikbaar bij aanvraag onder vermelding van „Competition”. De manuscripten dienen onder dezelfde vermelding vóór 28 februari van elk jaar toegezonden te worden aan de uitgever S. Karger AG, All Schwilerstrasse 10, CH-4009 Bazel (Zwitserland).

Stipendium Van Leersum-Fonds

De commissie voor het Van Leersum-Fonds, ingesteld door de Afdeling Natuurkunde van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, maakt bekend dat uit dit fonds in het jaar 1986 een bedrag van f 17.000 beschikbaar is voor het steunen van: (a) onderzoekingen over ziekten van de menselijke schedel en het centrale zenuwstelsel en het behandelen van hydrocephalus; (b) het bestrijden van de kosten van publikaties over onderzoekin-