

De visus kan na de transplantatie mede ongunstig worden beïnvloed door eventuele opportunistische infecties met intra-oculaire gevolgen. Bij een prospectief oogheelkundig na-onderzoek van enkele jaren uitgevoerd bij 37 hemodialyse- en 156 niertransplantatiepatiënten ontstond bij 83% van de laatstgenoemde groep een iatrogen cataract als gevolg van het gebruik van corticosteroiden in de periode na de transplantatie; bij 30% van deze patiënten daalde de visus hierdoor tot 0,5-0,6.<sup>3</sup>

#### LITERATUUR

- 1 Jansen J.L.J. Therapeutische mogelijkheden bij patiënten met terminale nierinsufficiëntie als gevolg van diabetische nefropathie. Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 117-24.
- 2 Ramsey RC, Hobloch WH, Barbosa JJ, et al. The visual status of diabetic patients after renal transplantation. Am J Ophthalmol 1979; 87: 305-10.
- 3 Polak BCP. Ophthalmological complications of haemodialysis and kidney transplantation. Leiden, 1980. Proefschrift.

B. C. P. POLAK  
S. RIASKOFF

Rotterdam, december 1985

De opmerkingen van de collegae Polak en Riaskoff vormen een welkome aanvulling op ons artikel. De nadelige effecten van hemodialysebehandeling op de diabetische retinopathie kunnen voor een belangrijk deel voorkomen worden door diabetespatiënten te behandelen met continue ambulante peritoneale dialyse. Laatstgenoemde vorm van nierfunctie vervanging verdient daarom ons inziens bij deze patiënten de voorkeur.

Corticosteroiden kunnen inderdaad op verschillende manieren visusproblemen veroorzaken bij transplantatiepatiënten, ongeacht de oorzaak van de oorspronkelijke nieraandoening. Onder de opportunistische ooginfecties komt de keratitis herpetica het meest voor. Dank zij het beschikbaar komen van betere virustatica (o.a. aciclovir) kan blijvende schade tegenwoordig meestal voorkomen worden. Het ontstaan van cataract is waarschijnlijk niet alleen afhankelijk van de duur van de corticosteroidtherapie maar ook van de dosis. De introductie van het nieuwe immunosuppressivum ciclosporine maakt het mogelijk de corticosteroiddosis na transplantatie sterk te verminderen. Een verdere dosisreductie kan worden verkregen door afstotingsreacties niet te behandelen met hoge doses prednison, maar met antithymocytoglobuline. In een gerandomiseerd onderzoek konden wij aantonen dat hierdoor het gemiddelde totale prednisongebruik in de eerste 3 maanden na transplantatie statistisch significant daalde van 4250 mg naar 3329 mg, terwijl bovendien de rejecties effectiever bestreden konden worden.<sup>1</sup> Deze ontwikkelingen zullen het 'uitzicht' voor zowel diabetische als niet-diabetische transplantatiepatiënten zeker verbeteren!

#### LITERATUUR

- 1 Hoitsma A.J. Treatment of rejection of human kidney grafts with rabbit antithymocyte globulin. Nijmegen, 1984. Proefschrift.

A. J. HOITSMA  
J. F. M. WETZELS  
J. H. M. BERDEN  
R. A. P. KOENE

Nijmegen, december 1985

### De uitgeslagen tand

Een uitgeslagen tand die niet onmiddellijk wordt gereplanteerd, dient in afwachting van de replantatie vochtig of nat bewaard te worden. De lengte van de extra-alveolaire periode alsmede de osmolariteit en samenstelling van de bewaarvloeistof bepalen het succes van de replantatie in hoge mate. Baart (1985; 2251-2)

beveelt – terecht – een zo kort mogelijke extra-alveolaire periode aan en noemt de mogelijke bewaarvloeistoffen: speeksel, melk of water. Dit laatste nu, behoeft een belangrijke nuancering. Uit de artikelen van Blomlöf en medewerkers blijkt dat het bewaren van de tand in (kraan)water de prognose van de daarop volgende replantatie zeer ongunstig beïnvloedt.<sup>1-3</sup> Dit in tegenstelling tot bewaren in celkweekmedium, fysiologisch water, melk en speeksel. Gezien de situatie op straat of op het sportveld, schoolplein, enz., lijkt het dus van belang om tandartsen, artsen, ouders, begeleiders en potentiële slachtoffers te wijzen op de 'omstandigheid' dat de uitgeslagen tand niet in water bewaard moet worden. Men dient te adviseren om de tand, na vluchtig afspoelen of schoonzuigen, direct terug te zetten of als dit om welke reden dan ook niet mogelijk blijkt, de tand te bewaren in melk. Melk (volle of halfvolle melk, niet: karnemelk) blijkt een uitstekend alternatief voor celkweekmedium of fysiologisch water, en biedt een nog betere prognose dan het alternatief speeksel. Het droog of in water bewaren van de tand vernietigt het wortelvlies en deze bewaarmethode moet ten zeerste worden ontraden. In een recent artikel werd dit nog nader toegelicht en gedocumenteerd.<sup>4</sup>

#### LITERATUUR

- 1 Blomlöf L. Milk and saliva as possible storage media for traumatically exarticulated teeth prior to replantation. Swed Dent J Suppl 1981, 8. Proefschrift.
- 2 Blomlöf L, Otteskog P, Hammarström L. Effect of storage media with different ion strengths and osmolalities on human periodontal ligament cells. Scand J Dent Res 1981; 89: 180-7.
- 3 Lindskog S, Blomlöf L, Hammarström L. Mitoses and microorganisms in the periodontal membrane after storage in milk or saliva. Scand J Dent Res 1983; 91: 465-72.
- 4 Moorer WR. De uitgeslagen tand; met melk meer mans. De Tandartspraktijk 1985; 6: 5-6.

W. R. MOORER

Amsterdam, december 1985

Tanden van het blijvende gebit worden uit de mond geslagen door vechtpartijen of sportongevallen. Andere oorzaken komen veel minder voor,<sup>1,2</sup> vooral bij jongens in de leeftijdsgroep 7-10 jaar.<sup>3,4</sup>

Adviezen over een bewaarmedium voor uitgeslagen tanden dienen eenduidig en praktisch te zijn. Zo zal melk voor een uitgeslagen tand veelal niet voorhanden zijn. Bovendien heeft het advies melk te gebruiken als nadeel dat er in praktijk verwarring kan ontstaan, omdat volle, halfvolle en taptemelk wel mogen, maar karnemelk en yoghurt niet. Of was het andersom?

De opmerkingen van collega Moorer zijn feitelijk juist en de door hem aangehaalde publikaties over in vitro-studies zijn mij bekend. Toch meende ik te moeten kiezen voor de voorkeursvolgorde: uitgeslagen tand bewaren: (a) in de tandkas; (b) in speeksel; (c) in melk; (d) in water.

Deze volgorde is in de praktijk juist gebleken en ik weet me geruggeleund door het recente advies van het 'Ad hoc Committee on treatment of avulsed tooth' van de 'American Association of Endodontists'.

Overigens ben ik bijzonder blij met de reactie van collega Moorer, omdat door een dergelijke discussie melk als voortreffelijk bewaarmedium voor uitgeslagen tanden de aandacht krijgt die het verdient.

#### LITERATUUR

- 1 Andreasen JO. Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries. A clinical study of 1298 cases. Scand J Dent Res 1970; 78: 329-42.
- 2 Kemp WB. Evaluation of 71 replanted teeth. J Endodontology 1977; 3: 30-5.

- <sup>3</sup> Andreasen JO, Hjørting-Hansen E. Replantation of teeth. Radiographic and clinical study of 110 human teeth replanted after accidental loss. *Acta Odontol Scand* 1966; 24: 263-86.
- <sup>4</sup> Lenstrup K, Skieller V. A follow-up study of teeth replanted after accidental loss. *Acta Odontol Scand* 1959; 17: 503-9.

J. A. BAART

Amsterdam, december 1985

### *Huisarts, patiënt en check-up: een onaantrekkelijke trias*

Lamberts wijdt een lezenswaardig artikel aan de rol van de huisarts in de preventieve gezondheidszorg (1985; 2349-53). Graag wil ik hierop enig commentaar geven, dat zich niet richt op de vele zinvolle kanttekeningen die hij plaatst bij de preventieve rol van de huisarts, maar op de huisartsgeneeskundige benadering van een verzoek om een check-up.

In het begin van zijn artikel geeft Lamberts 3 mogelijkheden aan hoe de huisarts zou kunnen reageren op zo'n vraag. Bij de derde mogelijkheid zegt hij: 'de huisarts benadert het verzoek huisartsgeneeskundig, hij legt uit op grond van welke overwegingen hij wat wél en wat niet wil doen en overlegt met de "patiënt" of deze zich in het daaruit volgende compromis kan vinden'. Deze omschrijving van wat een 'huisartsgeneeskundige benadering' is, kan aanleiding geven tot misverstanden. Het basistakenpakket schetst een andere benadering, namelijk dat het de taak van de huisarts is om in de eerste fase van het hulpverleningsproces de vragen en de verwachtingen van de patiënt te verhelderen.<sup>1</sup> Uitgangspunt daarbij is dat de kwaliteit van een antwoord toeneemt, naarmate men beter van de vraag op de hoogte is. Dat dit zeker ook bij de vraag om een check-up van belang is, wordt onderstreept door Schouten. In een hoofdstuk over de tekortkomingen van de medische benadering, geeft deze een voorbeeld van de vele triviale redenen die patiënten kunnen verbergen achter de vraag om een check-up. Hij stelt: 'In verband met deze neiging tot ontkennen moet met name de vraag om een "algeheel lichamelijk onderzoek" nauwkeurig onderzocht worden op de motieven die daaraan ten grondslag liggen.'<sup>2</sup>

Waarschijnlijk is collega Lamberts het eens met de hier geschetste benadering, want tegen het einde van zijn artikel besteedt hij er aandacht aan. Hij doet dat mijns inziens echter te veel in het voorbijgaan en het lijkt erop dat hij die benadering

alleen op bepaalde categorieën patiënten van toepassing laat zijn. Verheldering van de vraag echter is van belang bij elke patiënt en is de eerste stap in de huisartsgeneeskundige benadering.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht, 1983: 14-6.
- <sup>2</sup> Schouten JAM. Anamnese en advies, nieuwe richtlijnen voor de informatieuitwisseling tussen arts en patiënt. Alphen aan den Rijn/Brussel: Stafleu, 1982: 54-5.

J. VAN THIEL

Maastricht, december 1985

Collega Van Thiel legt de vinger op een zere plek. Met opzet ben ik in het artikel over de check-up niet expliciet ingegaan op de vraag wat nu precies het verschil is tussen het verhelderen en het interpreteren van de hulpvraag van de patiënt. Ik heb nogal wat twijfels over de validiteit van een huisartsgeneeskundige benadering waarin al verhelderend iedere hulpvraag geïnterpreteerd wordt. De vraag achter de vraag, de tweede diagnose en 'wat de patiënt eigenlijk bedoelt' zie ik als metaforen voor de opvatting dat in laatste instantie de arts het best kan uitmaken wat het 'eigenlijke' probleem van de patiënt is.

Bij het verhelderen van de hulpvraag gaat het erom in het begrippenkader van de patiënt zelf – zonder vooruit te lopen op de diagnostische interpretatie – vast te stellen waarvoor hij of zij in ieder geval komt. Natuurlijk kan de spanningshoofdpijn van sommige patiënten heel goed worden verklaard als het gevolg van bijvoorbeeld huwelijksproblemen. Het is echter niet vanzelfsprekend dat deze patiënt liever met zijn huwelijksprobleem dan met zijn hoofdpijn wil worden geholpen. Daardoor is de samenhang niet minder relevant, maar het maakt het huisartsgeneeskundig handelen meer terughoudend.

Voor de methodisch werkende huisarts is steeds de vraag: hoe valide is de formulering van de hulpvraag van de patiënt, wanneer hij deze verheldert en vervolgens in zijn diagnostisch referentiekader interpreteert. Collega Van Thiel is het waarschijnlijk met mij eens dat naar de relatie tussen klacht en diagnose nog veel huisartsgeneeskundig onderzoek verricht moet worden.

H. LAMBERTS

Amsterdam, december 1985

## Mededelingen en bekendmakingen

### *Peter Debye-prijs 1987*

De Rijksuniversiteit Limburg in Maastricht wordt door de Stichting Edmond Hustinx in de gelegenheid gesteld een prijs uit te reiken, de Peter Debye-prijs, ten bedrage van f 20.000,-. De prijs is vernoemd naar de in Maastricht geboren en getogen fysisch en Nobel-prijswinnaar Peter J. W. Debye (1884-1966) en zal voor de vijfde keer worden uitgereikt op 9 januari 1987 aan een persoon of groep (van maximaal drie personen) die geacht mag worden een fundamentele bijdrage geleverd te hebben aan onderzoek op het gebied van hart- en vaatziekten. In het bijzonder wordt gedacht aan moleculair-chemische aspecten van hart- en vaatziekten, zoals atherosclerotische processen, stolling, ischemie en reperfusie, maar ook chemische kinetiek van substraten, ionen en macromoleculen in het hart.

De internationale jury zal het waarderen als haar aandacht wordt gevestigd op personen of groepen (van maximaal drie personen) die in aanmerking kunnen komen voor de prijs op

grond van hun wetenschappelijk werk op bovengenoemd gebied. Voordrachten (in de Engelse taal) dienen een curriculum vitae te omvatten, een overzicht van de wetenschappelijke verdiensten van de kandidaat (maximaal vier pagina's) en een lijst met publikaties. De sluitingstermijn van de inzendingen is gesteld op 1 september 1986.

Inlichtingen verstrekt: dr. E.H.S. Drenthe, secretaris van de jury, Rijksuniversiteit Limburg, Rectoraat, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

### *Reisstipendia van de Sandoz Research Stichting*

De Sandoz Research Stichting is voornemens in 1986 wederom een aantal reisstipendia toe te kennen aan bij voorkeur jonge wetenschappelijke onderzoekers voor één- of meerdaagse bezoeken aan buitenlandse congressen, workshops en symposia alsmede voor het leggen van intercollegiale en interdisciplinaire contacten in buitenlandse research-centra.