

- ⁵ Moll FL, Eikelboom BC, Vermeulen FEE. Dynamics of collateral circulation in progressive asymptomatic carotid disease. *J Vasc Surg*; Ter perse.
- ⁶ Eikelboom BC. Evaluation of carotid artery disease and potential collateral circulation by ocular pneumoplethysmography. Leiden, 1981. Proefschrift.
- ⁷ Vermeulen F. Intra- of extracranieële angiografie bij cerebrovasculaire insufficiëntie. *Acta Chir Belg* 1968; 67: 553-63.
- ⁸ Eikelboom BC, Vries AR de, Ackerstaff RGA. Accuracy and usefulness of combined duplex-scanning and digital subtraction angiography. In: Greenhalgh RM, ed. *Progress in stroke research*. London: Pitman Medical, 1983.
- ⁹ Gijn J van, Staal A, Urk H van. Transient ischemic attacks en het voorkómen van herseninfarcten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1404-13.
- ¹⁰ Hammacher ER, Eikelboom BC, Bast TJ, et al. Surgical treatment of patients with a carotid occlusion and a contralateral stenosis. *J Cardiovasc Surg* 1984; 25: 513-7.

B. C. EIKELBOOM
F. E. E. VERMEULEN
R. J. TH. J. WELTEN /

Nieuwegein, december 1985

Wij zijn de collegae Eikelboom et al. dankbaar voor hun reactie, aangezien dit waarschijnlijk de eerste keer is dat de Antoniusgroep het met de Rotterdamse groep openlijk eens is over het feit dat niet zozeer de stroomvermindering, maar de kans op een embolus bepalend is voor het natuurlijke beloop van carotisafwijkingen. Wij willen dan ook graag onderstrepen dat niet de *verschillen* in inzicht tussen centra die zich voor deze problematiek interesseren, maar de *overeenkomsten* belangrijk zijn. Wij verschillen niet van mening over het feit dat bij patiënten met een ernstige stenose en een contralaterale occlusie het operatierisico verhoogd is. Wij verschillen ook niet van mening wanneer gesteld wordt dat juist bij deze (kleine) patiëntengroep de indicatie tot opereren vrij hard is, omdat de risico's van niet-opereren óók verhoogd zijn. Wij zijn het eens over het feit dat een minder homogene plaque een hoger risico geeft dan een homogeen verkalkte plaque, maar het is wel goed om erbij te vermelden dat dit risico wordt veroorzaakt door de kans op ulceraties en subendotheliale bloeding, waardoor opnieuw de embolisatiekans toeneemt.

Het vermeende verband tussen de ernst van een carotisstenose en de kans op het krijgen van cerebrale uitvalverschijnselen is een moeilijk probleem. Kennelijk wordt de beschikbare literatuur door ons met verschillende brillen gelezen. In ieder geval blijkt de interpretatie verschillend te zijn. Collega Eikelboom et al. stellen dat OPG-onderzoek en duplex-scanning onomstotelijk een dergelijk verband hebben aangetoond en verwijzen daarvoor naar de onderzoeken van Moore et al. en Roederer et al. Wij citeren uit het (retrospectieve) onderzoek van Moore: '... the trend toward an increasing incidence of neurologic events with increasing stenosis was observed in all presentation categories, but the numbers were too small to achieve statistical significance'. De cumulatieve incidentie van strokes bij patiënten met TIA's of amaurosis fugax was 'surprisingly low (6%)'. Bij de asymptomatische patiënten met een carotissouffle was het vóórkomen van stroke laag (7%), terwijl dit bij patiënten zonder soufflé juist hoog (33%) was. Het prospectieve onderzoek van Roederer onderschrijft de slotconclusie van ons artikel bijna letterlijk: '... this study further supports the contention that it is prudent to follow a conservative course in the management of asymptomatic patients presenting with a cervical bruit'. Deze uitspraken lijken ons duidelijk genoeg en behoeven waarschijnlijk geen verder commentaar.

H. VAN URK
O. T. TERPSTRA

Rotterdam, januari 1986

'Artsen Zonder Grenzen' in Tsjaad

Aan het einde van zijn artikel (1985; 2466-9) stelt collega Boom zichzelf de vraag wat het nut is geweest van zijn vier weken durend verblijf onder bizarre omstandigheden in Tsjaad. Hij constateert dat het nuttig effect voor de volksgezondheid in Tsjaad gering is geweest maar excuseert 'Artsen Zonder Grenzen' ('Médecins Sans Frontières': MSF) omdat deze organisatie een poging doet een wezenlijke bijdrage aan de gezondheidszorg te leveren. Het lijkt hem nuttig de dagelijkse besloimmeringen in een chirurgische praktijk in Nederland hiervoor te onderbreken. Toch kan ik in zijn artikel geen aanknopingspunten vinden die deze conclusie rechtvaardigen. Het artikel mist een goede onderbouwing. Vandaar de volgende vragen en opmerkingen.

– Wat houden de eerste fases van de reorganisatie van de gezondheidszorg in en waarom is de opleiding van artsen, verpleegkundigen en paramedisch personeel het belangrijkste? Onder de geschetste omstandigheden zijn voor de gezondheidszorg van belang: een adequate voedselvoorziening (irrigatie en landbouwprojecten), een goede drinkwatervoorziening, gevolgd door voorlichting over o.a. hygiëne, vaccinaties en dan pas intramurale zorg.

– De motieven en de strategie voor de concurrentiestrijd tussen de 'maraboe' en de westerse dokter worden niet goed duidelijk gemaakt. De woordkeus is in ieder geval ongelukkig, althans dat hoop ik. De lokale bevolking wordt om de tuin geleid, verslaafd gemaakt aan de westerse geneeswijze middels tovenaars-chirurgen die met behulp van een gigantisch bedrag (zeker omgerekend in bijv. lokaal dagloon) aan goede gaven en gebruik makend van de schaarse transportmiddelen spectaculaire trucjes laten zien. Indien er een kink in de kabel komt (het geld is op of de politieke situatie laat het functioneren van MSF niet meer toe), dan zit de bevolking met lege handen.

– De omstandigheden (slechte hygiëne, nauwelijks laboratoriumfaciliteiten, geen stromend water en geen postoperatieve zorg – inclusief de aantijging richting patiënt en zijn/haar familie – leren dat specialistische chirurgische hulp hier nog niet op zijn plaats is. Als er dan een snijdend arts heen moet, waarom dan iemand zonder voorbereiding (d.w.z. geen kennis van taal, cultuur, omstandigheden en tropische of lokale ziekten)?

Ik hoop dat dit artikel geen andere chirurgen in Nederland zal verleiden tot een kortdurend medisch avontuur – daar bij is niemand gebaat.

D. J. VELDMAN

Amsterdam, december 1985

Collega Veldman gaat in op de algemene problematiek rond ontwikkelingshulp. Hulpverlening in de volksgezondheid is daarin slechts één aspect en chirurgische hulp vormt daarin een nog kleiner onderdeel. Mijn artikel geeft slechts enige persoonlijke indrukken weer en heeft niet de pretentie een goed onderbouwde verantwoording te geven van het programma van een hulpverleningsorganisatie. Het bureau van 'Artsen Zonder Grenzen' zal, evenals elke hulpverleningsorganisatie, gaarne bereid zijn een dergelijk programma te verstrekken aan de belangstellenden. Dan zal blijken dat de terecht door collega Veldman genoemde factoren als voedsel en drinkwatervoorziening, hygiëne en vaccinatie ruimschoots aandacht krijgen, ook bij een op medische noodhulp gerichte organisatie als 'Artsen Zonder Grenzen'.

De suggestie dat een gigantisch bedrag gemoeid is met het verstrekken van chirurgische hulp is onjuist: de chirurgen en anesthesisten die op dergelijke wijze worden uitgezonden, krijgen slechts hun reis- en verblijfkosten vergoed. Ter plaatse wordt gebruikt gemaakt van de al aanwezige transportmiddelen, zonder dat andere transporten daaronder lijden.

Tenslotte laat ik de suggestie dat specialistische chirurgische hulp niet op zijn plaats is in geval van gebrekkige faciliteiten ter plaatse, graag voor rekening van collega Veldman.

R. P. A. BOOM

Amstelveen, januari 1986

Naar aanleiding van het boeiende artikel van collega Boom wil ik graag enkele kanttekeningen maken. Een gekwalificeerd chirurg in een ontwikkelingsland is een uiterst zeldzaam en kostbaar goed. Het optimaal gebruik maken van diens kwaliteiten is dan ook van essentieel belang.

In het meerfasenplan ter reorganisatie van de gezondheidszorg in Tsaad is de opleiding dan wel de bijscholing van inheemse artsen nog toekomstmuziek. Een korte praktische opleiding van de, weliswaar weinige, lokale artsen tot medici met goede algemeen chirurgische vaardigheden lijkt mij bij uitstek zaak voor de 'expatriate' MSF-chirurg. Deze artsen zullen dan in staat zijn de 'eenvoudigere' chirurgische ingrepen uit te voeren (sectio caesarea, amputatie, hydrocele, hernia etc.). Zolang er aan deze Tsaadse artsen nog gebrek is, lijkt het mij zinvoller om tropenartsen of artsen met onder meer chirurgische ervaring in de tropen, uit te zenden om de dagelijkse chirurgie uit te voeren. Deze beheersen het, vanuit chirurgisch oogpunt niet erg indrukwekkende, operatiepakket zeer redelijk. Tevens kan men in het algemeen een veel langere periode van hun diensten gebruik maken, wat de continuïteit van de zorg alleen maar vergroot. Deze tropenartsen zijn tevens in staat om moeilijke electieve gevallen (struma, sigmoïdrectie na herhaalde volvolus, etc.) aan de MSF-chirurg te presenteren tijdens diens toernee. In dit concept, zoals gebruikelijk in de meeste

Afrikaanse ontwikkelingslanden, bevindt de chirurg zich in het derde echelon. In die situatie is hij in staat zowel structureel (op het gebied van opleiding) als incidenteel (electieve moeilijke chirurgie) een optimale bijdrage aan de gezondheidszorg daar te leveren.

De hypothese dat 'spectaculaire' chirurgie er toe zal leiden dat de lokale bevolking ook voor andere ziekten sneller hulp zal vragen bij de westerse geneeskunde, is nog nergens in Afrika bewaarheid. Met uitzondering van enkele aandoeningen (malaria, gestranguleerde hernia, abortus) zal de Afrikaan zich eerst wenden tot de, bij zijn leefwereld aansluitende, traditionele geneeskunde. De westerse geneeskunde vormt voor hem nog steeds het laatste station.

C. J. B. M. SEESING

Doetinchem, januari 1986

De gang van zaken betreffende het uitvoeren van chirurgische ingrepen in de tropen, zoals collega Seesing die schetst, is inderdaad de meest praktische. Ook MSF volgt deze handelwijze. De door MSF uitgezonden artsen houden zich bezig met 'routine'-ingrepen, maar de ervaring leert dat niet elke tropenarts evenveel vaardigheid en belangstelling heeft voor dergelijke ingrepen. De hulp die geboden kan worden door de uitgezonden chirurgen is dan ook aanvullend.

Zoals in mijn artikel wellicht niet geheel naar voren komt, is de traditionele geneeskundige hulp voor de Afrikaan veelal geen slechte zaak. Het lijkt van belang de lokale bevolking en de Afrikaanse genezers duidelijk te maken waar onze westerse geneeskunde wellicht effectiever zou kunnen zijn.

R. P. A. BOOM

Amstelveen, januari 1986

Mededelingen en bekendmakingen

Diagnostisch laboratoriumonderzoek in streeklaboratoria voor de volksgezondheid

Nadat met ingang van 1 januari 1985 het diagnostisch laboratoriumonderzoek op pathogene darmziekten op rijkskosten is komen te vervallen, zal dat met ingang van 1 januari 1986 ook gelden voor de overige aangifteplichtige infectieziekten. Deze kosten komen dan voor rekening van de ziektekostenverzekeraars.

Gaat het echter om *bron- en contactonderzoek* bij de aangifteplichtige ziekten uit de groepen A en B, dan blijft het diagnostisch laboratoriumonderzoek voor rekening van het Rijk mogelijk mits dat in opdracht van de regionale geneeskundige inspecteur van de volksgezondheid of de directeur van een goedgekeurde basisgezondheidsdienst in een streeklaboratorium voor de volksgezondheid wordt verricht. De ziekten in groepen A en B zijn:

Groep A. Aan te geven binnen 24 uur na vermoeden of vaststelling.

Febris typhoidea	Pest
Lassakoorts en andere vormen van Afrikaanse virale hemorragische koorts	Poliomyelitis anterior acuta
	Rabies
	Variola

Groep B. Aan te geven binnen 24 uur na vaststelling.

Anthrax	Diphtheria
Botulisme	Dysenteria bacillaris
Brucellosis	Febris recurrens
Cholera	Gele koorts

Hepatitis A	Pertussis
Hepatitis B	Q-koorts
Lepra	Rubella (inclusief congenitaal rubella-syndroom bij de neonatus)
Leptospiroses	Scabies
Malaria	Tetanus
Meningococcosis	Trichinosis
- meningitis cerebrospinalis epidemica	Tuberculosis
- sepsis	Tularaemia
Morbilli	Typhus exanthematicus
Ornithosis/psittacosis	Voedselvergiftiging/-infectie
Paratyfus B	

Het diagnostisch onderzoek op gonorrhoe en syfilis op een streeklaboratorium voor de volksgezondheid zal voor rekening van het Rijk mogelijk blijven bij patiënten:

1. uit de zogenaamde drempelvrije poliklinieken (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht),
2. die door een dienst voor de geslachtsziektenbestrijding of goedgekeurde basisgezondheidsdienst naar een dermatoloog zijn verwezen,
3. die op een door de regionale geneeskundige inspecteur van de volksgezondheid in dit verband erkende basisgezondheidsdienst worden onderzocht en behandeld.

de Geneeskundige Hoofdininspecteur
van de Volksgezondheid,
het hoofd van de afdeling
Infectieziekten,
DR. H. BIJKERK

Leidschendam,
november 1985