

4 weken bleek 59% van de patiënten uit groep B gedurende 3 achtereenvolgende dagen minstens één graad te zijn verbeterd, tegen 39% in groep A ( $p < 0,01$ ), terwijl deze verbetering bij groep B ook duidelijk eerder begon. De gemiddelde duur totdat de patiënten weer in staat waren zonder hulp te lopen, was voor groep B 53 dagen en voor de anderen 85 dagen. Na 6 maanden had slechts 3% van de patiënten in de plasmaferesegroep een verbetering van één graad bereikt tegen 13% in groep A ( $p < 0,01$ ). Bij patiënten die na de aselechte indeling nog kunstmatige beademing nodig hadden, was de gemiddelde tijd dat zij beademd werden 9 dagen voor groep B tegen 23 dagen voor groep A ( $p < 0,01$ ).

Hoewel de opzet van dit onderzoek niet geheel 'blind' was, bleek de indeling in zes graden van ernst te voldoen en werden beslissingen ten aanzien van de behandeling steeds lokaal en ten aanzien van de beoordeling van de resultaten centraal genomen en dus geheel gescheiden gehouden. Plasmaferese had een minder duidelijk gunstig effect wanneer het interval tussen het begin van de ziekte en de aselechte indeling lang was en ook wanneer de patiënt reeds vóór deelnemen aan het onderzoek beademd moest worden.

In een commentaar op dit onderzoek merken Dijk en Kurtzke op, dat ongeveer één op de zes patiënten met het syndroom van Guillain-Barré beademing nodig heeft en dat één op de twintig overlijdt.<sup>2</sup> Daar het onderzoek niet 'blind' was (of kon zijn), is het te betreuren dat geen objectieve meetgegevens, zoals zenuwgeleidingssnelheden, vermeld werden. Toch zijn ook deze auteurs van mening dat behandeling met plasmaferese zéér waarschijnlijk een gunstige uitwerking heeft bij patiënten met een ernstige vorm van de ziekte en wanneer de behandeling zo vroeg mogelijk kan beginnen.

#### LITERATUUR

- 1 The Guillain-Barré Syndrome Study Group. Plasmapheresis and acute Guillain-Barré syndrome. *Neurology* 1985; 35: 1096-104.
- 2 Dijk PJ, Kurtzke JF. Plasmapheresis in Guillain-Barré syndrome. *Neurology* 1985; 35: 1105-7.

F. E. POSTHUMUS MEYJES

## Huid- en geslachtsziekten

### *Lokale behandeling met cyanamide van patiënten met Raynaud-fenomeen*

Het Raynaud-fenomeen berust op een paroxismale ischemie van de acra, meestal opgewekt door koude of emotie, zich uitend in drie opeenvolgende stadia: bleekheid, cyanose, rood-

heid. De belangrijkste oorzaken zijn functionele vaat spasmen, organische vaatafwijkingen en hyperviscositeit van het bloed. In ernstige gevallen ontstaan pijn, ulceratie of zelfs gangreen. De behandeling van patiënten met Raynaud-klachten is niet erg bevredigend. Er bestaat geen 'oorzakelijke' behandeling; wel zijn er allerlei medicamenten waarmee de symptomen gedurende korte tijd onderdrukt kunnen worden. Hierbij heeft men de keuze uit stoffen die de sympathicus beïnvloeden, perifere vaatverwijders en stoffen die de viscositeit van het bloed verminderen. De prostaglandinen PGE<sub>1</sub> en PGI<sub>2</sub> bezitten de beide laatste eigenschappen, maar in therapeutische dosis ook bijwerkingen zoals misselijkheid, hoofdpijn en bloeddruk daling, en zij kunnen uitsluitend intraveneus worden toegediend waarvoor ziekenhuisopname vereist is. Een aan PGE<sub>2</sub> verwante, synthetische stof is cyanamide, dat dezelfde vaatverwijderende en viscositeitverminderende eigenschappen heeft als PGI<sub>2</sub>. Dit middel heeft het voordeel dat het door de huid wordt geabsorbeerd. Belch et al. deden hiermee een aselechte dubbelblind onderzoek bij 30 patiënten met Raynaud-fenomeen, van wie 11 sclerodermie hadden en de overigen geen aantoonbare organische afwijkingen.<sup>1</sup> Met cyanamide opgelost in een vaseline bevattende zalf werden 15 patiënten 6 weken behandeld. Zij smeerden elke avond één dij of bil in, waarbij 1 mg cyanamide per dag werd gebruikt. De andere 15 kregen een placebozalf. Allen werden gedurende 10 weken eens per 2 weken gecontroleerd. Eén patiënt uit de placebogroep viel af omdat hij twee controles miste. De resultaten werden beoordeeld aan de hand van het klinische beeld (zowel door arts als patiënt), plethysmografie na koudeprovocatie en huidtemperatuurmeting. Al deze grootheden vielen bij de behandelde groep gunstiger uit dan bij de placebogroep. Alleen wat betreft de trombocytenuitwerking werd geen verschil waargenomen. Er werden geen bijwerkingen waargenomen, in het bijzonder geen klachten die wezen in de richting van vasodilatatie. Daarbij moet men echter rekening houden met het feit dat de absorptie het grootst was op het moment dat de patiënten sliepen.

Ofschoon het aantal patiënten in dit onderzoek te gering is om gefundeerde uitspraken te kunnen doen, kan dit middel een belangrijke aanwinst zijn voor Raynaud-patiënten.

#### LITERATUUR

- 1 Belch JJF, Shaw B, Sturrock RD, Madkok R, Leiberman P, Forbes CD. Double-blind trial of CL 115, 347, a transdermally absorbed prostaglandin E<sub>2</sub> analogue, in treatment of Raynaud's phenomenon. *Lancet* 1985; i: 1180-3.

J. J. E. VAN EVERDINGEN

## Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

### *'Artsen Zonder Grenzen' in Tsjaad*

Namens de Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking (WEMOS) reageren wij op het artikel van collega Boom (1985; 2466-9) dat een schokkende indruk geeft van het werk van Artsen Zonder Grenzen in Tsjaad. Het is een ervaringsfeit, dat de directe overplanting van de westerse geneeskunde naar ontwikkelingslanden niet werkt.<sup>1-3</sup> Enkele redenen hiervoor zijn: (1) men gaat niet uit van de bestaande noden van de lokale gemeenschap; (2) men zet zonder de participatie van de lokale bevolking een gezondheidszorgsysteem op, en (3) men houdt

niet of nauwelijks rekening met de reeds bestaande, traditionele geneeswijzen. Hierdoor bereikt de westerse geneeskunde er een relatief klein deel van de bevolking en draagt daarom weinig bij tot de verbetering van de totale gezondheidstoestand. Daarom is er vanuit de WHO gekozen voor het zogenaamde Primary Health Care-concept,<sup>4,6</sup> waarin actieve deelname van de lokale bevolking centraal wordt gesteld. Wat blijkt uit het artikel over bovenstaande aandachtspunten?

- De inbreng van de lokale bevolking wordt gereduceerd tot het aanschouwen van spectaculaire operaties.
- Lokaal opgeleide gezondheidswerkers ('infirmiers') worden

niet serieus genomen. (De auteur merkt op dat deze werkers zelfstandig functioneren, en daarna: 'Wat dit voor diagnostiek en therapie betekent, laat zich raden.') De opleiding van lokaal personeel, die naar onze mening prioriteit verdient, is echter 'helaas nog toekomstmuziek'.

- De samenwerking met de traditionele genezers blijft beperkt en wordt geduid als een 'concurrentiestrijd'.

- Dat er sprake is van een directe overplanting van ons gezondheidszorgsysteem naar Tsjaad, blijkt uit de opmerkingen over de afwezigheid van specialistische voorzieningen (snelle pathologisch-anatomische diagnostiek, chemo- en radiotherapie, etc.).

De auteur werd uitgezonden door de organisatie Artsen Zonder Grenzen. Zelf merkt de auteur reeds op, dat het effect van het uitzenden van chirurgen voor de structurele opbouw van de volksgezondheid uiteraard gering is. Is dan de conclusie dat één van de belangrijkste redenen voor uitzenden van chirurgen het 'promoten van de westerse geneeskunde' is? Wat wil Artsen Zonder Grenzen bereiken met het uitzenden van chirurgen zonder gerichte vooropleiding voor een zeer korte tijd? Artsen Zonder Grenzen zegt zich met name te richten op noodhulp en eventueel op het geven van een aanzet tot structurele hulp. De beschreven aanpak smooit elk lokaal initiatief in de kiem. Derhalve kunnen nog jaren westerse artsen en specialisten worden uitgezonden.

#### LITERATUUR

- 1 Benyoussef A, Christion B. Health care in developing countries. Soc Sci Med 1977; 11: 399-408.
- 2 Bennet FJ. Primary health care and developing countries. Soc Sci Med 1979; 13A: 505-14.
- 3 Gezondheidszorg in Ontwikkelingslanden (PHC). Amsterdam: Vakgroep Sociale Geneeskunde VU, 1982.
- 4 WHO/Unicef; Report of the International Conference on Primary Health Care; Alma Ata; 6-12 sept. Genève: WHO, 1978.
- 5 WHO. The Alma Ata conference on primary health care. WHO-chronicle 1978; 32; 11: 409-30.
- 6 Verklaring van Alma Ata. Med Contact 1979; 34: 40-1.

L. ACHTHOVEN  
F. ASMUS  
R. E. BREUK  
A. TANGE

Amsterdam, januari 1986

Het ingezonden schrijven van de collegae Achthoven et al. geeft in wezen aanleiding tot hetzelfde antwoord als het schrijven van collega Veldman (1986; 228). Doordat in een rubriek als 'Feuilleton' op wat losse wijze enige persoonlijke indrukken kunnen worden beschreven, wordt er in mijn artikel niet ingegaan op de filosofie achter de geneeskundige hulp in ontwikkelingslanden. Daarom wordt wellicht ten onrechte de indruk gewekt dat de basisgedachte van Artsen Zonder Grenzen lijnrecht tegenover die van WEMOS en andere organisaties staat.

Ook Artsen Zonder Grenzen heeft niet de opzet om westerse geneeskunde zonder meer naar ontwikkelingslanden over te plaatsen. Het is een organisatie die zich primair poogt bezig te houden met kortdurende projecten voor noodhulp. Deze projecten komen altijd tot stand op verzoek van de lokale overheden. Bij het opzetten van een project wordt wel degelijk uitgegaan van bestaande noden ter plaatse en gepoogd wordt van het begin af aan de lokale bevolking te laten participeren. Dat daarbij voor een aantal ziektebeelden de traditionele lokale geneeswijze goede diensten kan bewijzen, is bekend. Incidenteel wordt binnen een project specialistische hulp (bijvoorbeeld door chirurgen) geboden op verzoek van de lokale instanties. Deze instanties verzoeken ook regelmatig om uitbreiding van de noodhulp tot een meer structurele hulp, waarbij het Primary

Health Care-concept inderdaad de meest geschikte vorm lijkt. Gezien het handvest van Artsen Zonder Grenzen, wordt hier niet altijd automatisch op ingegaan, omdat de prioriteiten van de organisatie op verlenen van noodhulp zijn gericht. Het ligt dus geenszins in de bedoeling om jarenlang westerse geneeskunde op te dringen.

Zo is in Tsjaad een project opgezet dat drie fasen omvat. Gedurende de eerste fase worden artsen en verpleegkundigen geleverd aan de medische centra die samen met lokaal personeel, waaronder ook enkele artsen, pogen de gezondheidszorg in hun gebied te laten functioneren. In de tweede fase van het programma ligt de nadruk meer op preventieve activiteiten, meer specialistische zorg en moeder-kind-zorg, opleiding van personeel en herstelwerkzaamheden aan gebouwen. Tenslotte vindt in de laatste fase een evaluatie van het project plaats en trekken de medische ploegen zich geleidelijk terug. De inderdaad zeer gewenste structurele hulp met een intensieve deelname van de lokale bevolking verdient grote aandacht. Als andere organisaties dan Artsen Zonder Grenzen daartoe meer mogelijkheden hebben, dient in goed overleg een goede overname van de aanvankelijk op noodhulp gerichte projecten te worden gerealiseerd.

R. P. A. BOOM  
D. VAN GELDERE

Amstelveen, januari 1986

### *Een familie met veneuze trombose en erfelijke antitrombine III-deficiëntie*

Ik heb met belangstelling kennis genomen van het artikel van Michiels et al. over de familiale antitrombine III-deficiëntie (1986; 28-31). Ik zou echter een kanttekening willen plaatsen bij de behandeling van veneuze trombose met betrekking tot het optreden van het posttrombotische syndroom.

Er wordt een patiënte beschreven die 3 weken post partum een 'wat dikker' rechterbeen kreeg, dat na 6 weken extreem gezwollen was. Ondanks behandeling met acenocoumarol ontstond een posttrombotisch syndroom met veneuze insufficiëntie. Een jaar later werd de V. saphena magna rechts gestript en sindsdien (vanaf haar 20e jaar!) heeft zij een recidiverend ulcus cruris. Het woord 'ondanks' lijkt mij in deze niet op zijn plaats. Het enige effect van cumarinederivaten is dat de trombose zich niet verder uitbreidt, een effect dat pas op de 2e of 3e dag van de behandeling wordt bereikt.<sup>1</sup> Het stolsel zelf wordt ongemoeid gelaten, de afvloedbelemmering blijft bestaan, en zo er al rekanalisatie optreedt, blijft er een insufficiënt veneus systeem met gedestrueerde kleppen over.<sup>2</sup> Het ontstaan van een posttrombotisch syndroom mag dan ook geen verwondering wekken.

Ik ben me ervan bewust dat deze behandeling in 1957 plaatsvond, maar door deze presentatie wordt de indruk gewekt dat ze ook in 1986 nog als juist wordt beschouwd. Het lijkt mij dat deze patiënte heden ten dage een andere behandeling zou hebben ondergaan. Bij een patiënt met unilateraal oedeem, zeker als dat 3 weken na een bevalling optreedt, kan met eenvoudig niet-invasief onderzoek worden bepaald of er sprake is van een trombosebeen.<sup>3,4</sup> Bij een patiënt met trombose proximaal van de kuitvenen is intraveneuze heparine gedurende 5 tot 7 dagen, gevolgd door een cumarinederivaat voor ten minste 4 maanden, de hoeksteen van de behandeling.<sup>5,6</sup> Bij een 19-jarige patiënte met zo'n uitgebreide trombose moet zeker behandeling met fibrinolytica of trombectomie worden overwogen.<sup>7,8</sup> Het strippen van de V. saphena magna die in deze situatie vaak als een belangrijke collateraal met intacte kleppen functioneert, lijkt me niet verstandig. Ze kan beter als in situ-bypass worden gebruikt.<sup>9</sup>

Hopelijk zullen wij dan in de toekomst van veel van onze