

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.¹ 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.² 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.^{3,4} 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.^{5,6} Bij een 19-jarige patiënte met zo'n uitgebreide trombose moet zeker behandeling met fibrinolytica of trombectomie worden overwogen.^{7,8} 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.⁹

Hopelijk zullen wij dan in de toekomst van veel van onze

patiënten kunnen zeggen dat hun dank zij deze behandeling een posttrombotisch syndroom bespaard is gebleven.

LITERATUUR

- 1 Allen EV, Hines EA, Kivale WF, Barker NW. The use of dicumarol as an anticoagulant: experience in 2,307 cases. *Ann Intern Med* 1947; 27: 371-81.
- 2 Sherry S. Clinical management of the thrombosed vessel: An overview. *Angiology* 1982; 33: 6-10.
- 3 Buller HR, Cate JW ten, Vreeken J. Diagnostiek van veneuze trombose I. Methoden van onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 2307-11.
- 4 Voorhoeve R, Bruyninckx CMA, Gerwen J van, Borne H van den. De betekenis van Doppler-ultrageluidonderzoek voor de diagnostiek van veneuze trombose: resultaten bij 100 opeenvolgend onderzochte patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 2297-302.
- 5 Hull R, Delmore T, Genton E, et al. Warfarin sodium versus low-dose heparin in the long-term treatment of venous thrombosis. *N Engl J Med* 1979; 301: 855-8.
- 6 Fell G, Strandness DE. Diagnosis and management of acute venous thrombosis. *Clin Obstet Gynaecol* 1981; 24: 761-72.
- 7 Goldhaber SZ, Buring JE, Lipnick RJ, Hennekens CH. Pooled analysis of randomised trials of streptokinase and heparin in phlebographically documented acute deep venous thrombosis. *Am J Med* 1984; 76: 393-7.
- 8 Stiegler H, Sunder-Plasman L, Becker HM. Indikationen und Techniken bei Becken- und Beinvenenthrombosen. *Chirurg* 1985; 56: 73-80.
- 9 Husni EA. In situ saphenopopliteal bypass graft for incompetence of the femoral and popliteal veins. *Surg Gynecol Obstet* 1970; 130: 279-84.

R. VOORHOEVE

Eindhoven, januari 1986

Het is van het allergrootste belang voor de desbetreffende patiënt dat de diagnose diepe veneuze trombose door middel van een zorgvuldige anamnese, lichamelijk onderzoek en medisch-fysische metingen in het laboratorium zo vroegtijdig mogelijk wordt vastgesteld of uitgesloten. De door collega Voorhoeve bedoelde dramatische ziektegeschiedenis toont retrospectief aan hoe het langzaam fout kan gaan, indien de onderzoekende en behandelende geneesheer geen weet heeft van het bestaan van een eraan ten grondslag liggende trombotische diathese. De vraag hoe het zg. posttrombotische syndroom in de verschillende acute en chronische situaties voorkomen of behandeld kan worden, dient mijns inziens nog nader prospectief onderzocht en aangetoond te worden naar aanleiding van goed gedocumenteerde en uitgezochte patiënten.

J.J. MICHIELS

Rotterdam, januari 1986

Naar aanleiding van het artikel van Michiels et al. (1986; 28-31) betreffende een erfelijke antitrombine III-deficiëntie zou ik ook vanuit primair obstetrische hoek willen pleiten voor preventieve antistolling gedurende de gehele zwangerschap bij deze aandoening. Aangenomen wordt dat bij zwangerschapstoxicose en sommige vormen van foetale groeivertraging een voor de zwangerschap specifieke dilatatie van het distale deel van de spiraalarterie in het placenta-vaatbed achterwege blijft. Door deze relatieve vernauwing zou de vaatwand hier extra kwetsbaar zijn voor het ontstaan van trombo-embolische processen met als mogelijke gevolg een volledige afsluiting van een aantal 'voedende' spiraalarteriën.^{1,2} Met het ziektebeeld van de antitrombine III-deficiëntie lijkt derhalve een natuurlijk proefmodel gecreëerd, waarbij de ernst van de toxicose en (of) onderontwikkeling voornamelijk door de complicerende trombo-embolische processen lijkt bepaald: vide de beschreven vrouwelijke patiënten in het bewuste artikel van Michiels et al. Voor vroegtijdige antistolling bij die zwangeren waarbij de fysiologi-

sche aanpassing van de spiraalarteriën achterwege blijft (te bepalen door echografische stroommeting vroeg in de zwangerschap),³ ook in die gevallen waarbij geen antitrombine III-deficiëntie bestaat, lijkt een duidelijke indicatie aanwezig. Deze vorm van behandeling is althans de moeite van een groot onderzoek waard.

LITERATUUR

- 1 Robertson W, Brosens I, Dixon G. Maternal uterine vascular lesions in the hypertensive complications of pregnancy. In: Lindheimer M, Katz A, Zuspan F, eds. Hypertension in pregnancy. New York: Wiley, 1976: 115-27.
- 2 Gerretsen G. De spiraalarterie in het placenta-vaatbed. Groningen, 1979: 1-45. Proefschrift.
- 3 Griffin D, Cohen-Overbeek T, Campbell S. Fetal and utero-placental blood flow. *Clin Obstet Gynaecol* 1983; 10: 565-602.

G. GERRETSEN

's-Gravenhage, januari 1986

Omdat veneuze trombose bij asymptomatische antitrombine III-deficiënte vrouwen reeds vanaf de zesde week van de zwangerschap kan optreden, is preventieve antistolling met heparine subcutaan aan te bevelen vanaf het eerste moment dat de zwangerschapstest positief wordt. Bij vrouwen onder orale antistolling wegens antitrombine III-deficiëntie en doorge maakte veneuze trombose met veneuze insufficiëntie dient een geplande conceptie plaats te vinden onder antistolling met heparine.

Hoewel er een verband lijkt te bestaan tussen vroegtijdige intra-uteriene vruchtdood en complicerende trombo-embolische processen in de placenta bij de propositus van onze familie met antitrombine III-deficiëntie zijn hiervoor in de literatuur geen aanwijzingen te vinden. Bovendien blijkt erfelijke antitrombine III-deficiëntie niet gepaard te gaan met een verhoogde kans op arteriële trombose. De preventieve antistolling tijdens de zwangerschap bij een bestaande trombotische diathese zoals antitrombine III-deficiëntie is alleen gericht op het voorkomen van diepe veneuze trombose en longembolie.

J.J. MICHIELS

Rotterdam, januari 1986

Tumoren van de cauda equina: het belang van vroege diagnostiek

Met grote belangstelling las ik het artikel van R.I. HogenEsch en M.J. Staal over het belang van een vroege diagnostiek bij tumoren van de cauda equina (1985; 2170-3). Zij stellen terecht dat er onnodig veel tijd verloren gaat tussen het ontstaan van de klachten en het ogenblik van de diagnose. Spijtig genoeg hebben ze tijdens hun uiteenzetting de kans niet gegrepen om ons te leren hoe een vroegtijdige diagnose wél gesteld kan worden. Bovendien schrijven ze dat: 'wanneer de caudatumor zich alleen manifesteert door pijn, kan de differentiaaldiagnose met een hernia nuclei pulposi erg moeilijk zijn en volgens sommigen zelfs onmogelijk'. Met andere woorden: een vroegtijdige diagnose kan alleen gesteld worden door middel van gesofisticeerde onderzoeken zoals caudografie en computertomografie. De arme practicus (huisarts, neuroloog of orthopeed) heeft eens te meer de keuze tussen het laten uitvoeren van gesofisticeerde, dure, en niet altijd ongevaarlijke onderzoeken en het hopen dat 'het wel geen tumor zal zijn'. Dit is een situatie die zich zeer dikwijls, ook op andere specialistische terreinen, voordoet, en die naar mijn mening voortspruit uit het feit dat we ons klinisch denken ingeruild hebben voor technische bekwaamheden. Ook tijdens de opleiding wordt het klinische vakmanschap verwaarloosd, en wordt te sterk de nadruk gelegd op labo's en protocols.