

infarct' werden hier uitgesloten. Bij het begin van het onderzoek had 53% van de vrouwen in de postmenopauze ooit oestrogenen gebruikt en gebruikte 35% ze op dat moment nog. Het (voor de leeftijd gecorrigeerde) RR voor coronaire aandoeningen van oestrogeengebruiksters vergeleken met dat van niet-oestrogeengebruiksters bedroeg 0,5 ( $p = 0,007$ , betrouwbaarheids-grenzen 0,3 en 0,8). Dit wijst dus op een beschermend effect van oestrogeengebruik. Het beschermende effect was echter alleen duidelijk bij vrouwen die op het moment van het onderzoek oestrogenen gebruikten. Bescherming kon niet worden aangetoond voor dodelijke coronaire hartziekten. De duur van het gebruik van oestrogenen had evenmin invloed. In feite werd dus een preventief effect gevonden voor niet-dodelijke coronaire hartziekten bij vrouwen in de postmenopauze die kortdurend oestrogenen gebruikten. De invloed van roken werd niet onderzocht.

In een begeleidend redactioneel artikel wordt ingegaan op de (schijnbaar?) tegenstrijdige resultaten van de twee genoemde onderzoeken.<sup>3</sup> Zij verschillen sterk o.a. in onderzoeksoptzet, in methode van gegevens verzamelen, in compleetheid van

'follow-up', in type, dosering en duur van oestrogeengebruik en in statistische methode. De vraag of deze verschillen de (schijnbare?) tegenstrijdigheid van de resultaten kunnen verklaren is niet eenvoudig te beantwoorden. Men meent dat dit niet aannemelijk is. Andere verklaringen zijn evenmin eenvoudig te vinden. Het is op dit moment dan ook niet mogelijk te concluderen of het gebruik van oestrogenen al dan niet (en zo ja wat voor) invloed heeft op het ontstaan en (of) de sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten.

#### LITERATUUR

- 1 Wilson PWF, Garrison RJ, Castelli WP. Postmenopausal estrogen use, cigarette smoking and cardiovascular morbidity in women over 50. *N Engl J Med* 1985; 313: 1038-43.
- 2 Stampfer MJ, Willett WC, Colditz GA, et al. A prospective study of postmenopausal estrogen therapy and coronary heart disease. *N Engl J Med* 1985; 313: 1044-9.
- 3 Bailar JC. When research results are in conflict. *N Engl J Med* 1985; 313: 1080-1.

J. BERKEL

## 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)

### *Epstein-Barr-virusinfectie*

Het in dit caput selectum (1986, 63-7) beschreven steeds weer fascinerende ziektebeeld – zie ook de klinische les (1986; 49-51) – blijft ons basale lessen in pathogenese geven. In de praktijk blijft het echter ook ongerustheid bij de patiënten en hun familie wekken, vooral de angst voor een langdurige periode van malaise met verlies van een studiejaar speelt daarbij een rol. Het is daarom jammer dat de frequenties van de twee ziektebeelden 'geslachtgebonden lymfoproliferatief (XLP)-syndroom' en 'chronisch persisterende EBV-infectie' niet vermeld worden. Misschien dat het nuttig is daar toch nog een notitie over op te nemen en dan tevens de opmerking in de slotbeschouwing 'Ook bij minder duidelijke ziektebeelden waarbij zich chronische klachten zoals algemene malaise en vermoeidheid voordoen, kan EBV een rol spelen' te relativiseren?

L. KUENEN

Leiden, januari 1986

Wij zijn collega Kuenen erkentelijk voor zijn reactie op ons artikel. Terecht maakt hij de opmerking dat de diagnose Epstein-Barr-virusinfectie (EBV-infectie, in de volksmond 'pfeiffer' genoemd) bij patiënten en hun familieleden ongerustheid kan wekken uit angst voor een geprotraheerd beloop. Wat men gewoonlijk niet weet, is dat een EBV-infectie in de leeftijdsgroep van studenten en jonge militairen bij ten minste de helft nagenoeg symptomloos verloopt. Tot 1982 werd door velen het bestaan van een chronische EBV-infectie ontkend, maar sindsdien zijn enkele patiëntengroepen beschreven bij wie de diagnose min of meer serologisch was bevestigd. Epidemiologische studies worden bemoeilijkt door het feit dat een nauwkeurig omschreven definitie van het ziektebeeld ontbreekt, evenals serologische criteria. Juist de bepaling van specifieke EBV-antilichamen bij patiënten met langdurige malaise en vermoeidheid waarvoor geen bevredigende verklaring is gevonden, kan ons nu inzicht verschaffen of en zo ja welke rol het EBV hierbij speelt.

De incidenties van de ziektebeelden 'chronisch persisterende EBV infectie' en 'geslachtgebonden lymfoproliferatief (XLP)-syndroom' zijn ons uit de literatuur niet bekend; het laatste syndroom is zeldzaam.

S. P. M. GEELLEN  
W. KUIS  
J. J. ROORD  
J. W. STOOP  
J. G. KAPSENBERG

Utrecht, februari 1986

### *Analyse van pijnscoremethoden; het meten van en discrimineren tussen subjectieve gevoelens (pijn en angst)*

Rouwet, Van Egmond en Nijhuis concluderen in het beschreven onderzoek (1985; 2356-9) dat de McGill Pain Questionnaire (MPQ) onvoldoende in staat is te discrimineren tussen pijn en pijnbeïnvloedende factoren bij pijn na de operatie, gezien de matig hoge correlatiecoëfficiënten ( $r=0,60-0,77$ ) tussen de scores op de drie afzonderlijke subschalen van de MPQ. Dit oordeel acht ik iets voorbarig. Het blijft mogelijk dat de MPQ wel degelijk meerdere dimensies van de pijnervaring meet, maar dat de aan deze dimensies gerelateerde factoren bij deze patiëntengroep gelijktijdig optreden. De in dit onderzoek gevonden onverklaarde varianties van 41% tot 64% tussen de subschalen zijn niet zo erg laag en laten deze mogelijkheid open. Bovendien zijn er talrijke onderzoeken, waarbij de subschalen wel verschillende dimensies onderscheiden.<sup>1,5</sup> Rouwet et al. hebben de MPQ niet samen met de Visual Analogue Scale (VAS) voor angst en algeheel welbevinden afgenomen. In verband met de opheldering van eventuele meerdere dimensies van de MPQ zou bepaling van de correlaties tussen de subschaalscores en de scores op de 'triple VAS' waardevolle informatie hebben kunnen opleveren.

Bij de ontwikkeling van de oorspronkelijke, Engelstalige, en de Finstalige versie van de MPQ hebben proefpersonen de

groepsindeling van de adjectieven bepaald,<sup>67</sup> waardoor de woorden hun plaats gekregen hebben in de subschalen. De Nederlandse versie is een vertaling. Vanwege semantische verschillen tussen Engels en Nederlands kan dit psychometrisch riskant zijn. Het opnieuw uitvoeren van een onderzoek naar de classificatie van pijnbeschrijvende woorden zou het discriminerende vermogen van een Nederlandse MPQ wellicht ten goede kunnen komen. Een dergelijk onderzoek wordt in Leiden door dr. W.A. van der Kloot, J. van der Mey en ondergetekende verricht.

Tot slot, wat bedoelen de auteurs met '... de voorspellende kracht van een meting bij twee zo brede onderzoeksgroepen is nauwelijks boven 50% ...? Er kan niet bedoeld zijn wat men doorgaans de voorspellende waarde van een test noemt.<sup>8</sup> Op grond van de gegevens uit tabel 5 en de aanname van een normale verdeling (afgeleid uit het gebruik van de t-toets) kan de lezer een schatting maken van de voorspellende waarden van de VAS-pijnscore met betrekking tot de analgeticabehoefte. Bij een 'cutoff point' van 7,0 op de VAS liggen de voorspellende waarden van een positieve en een negatieve VAS-uitslag voor de twee grootste groepen (b (afdeling) en c) tussen de 70% en 90%.

#### LITERATUUR

- 1 Melzack R. Measurement of the dimensions of pain experience. A study of labor pain. In: Bromm B, ed. Pain measurement in man. Amsterdam: Elsevier, 1984: 341-8.
- 2 McCreary C, Turner J, Dawson E. Principal dimensions of pain experience and psychological disturbance in chronic low back pain patients. Pain 1981; 11: 85-92.
- 3 Reading AE. A comparison of the McGill Pain Questionnaire in chronic and acute pain. Pain 1982; 13: 185-92.
- 4 Chen ACN, Treede RD. The McGill Pain Questionnaire in the assessment of phasic and tonic experimental pain: Behavioral evaluation of the 'pain inhibiting pain' effect. Pain 1985; 22: 67-79.
- 5 Melzack R, Wall PD, Tony CT. Acute pain in emergency clinic: Latency of onset and descriptor patterns related to different injuries. Pain 1982; 14: 33-43.
- 6 Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. Anesthesiology 1971; 34: 50-9.
- 7 Ketovuori H, Pöntinen PJ. A pain vocabulary in Finnish - The Finnish pain questionnaire. Pain 1981; 11: 247-53.
- 8 Rümke ChrL. Kanttekeningen over de gevoeligheid, de specificiteit en de voorspellende waarde van diagnostische tests. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 556-61.

R. J. VERKES

Leiden, januari 1986

Wij onderschrijven dat de MPQ wel degelijk enige discriminatie zou kunnen verschaffen tussen angst en pijn. Onze ervaring is klinisch echter teleurstellend, vandaar dat wij naar een andere methode gezocht hebben. De triple VAS geeft voor zover wij dat konden nagaan betere discriminatie. Daarboven komt dan nog dat de methode veel eenvoudiger en minder tijdrovend is voor de onderzoeker, maar vooral minder belastend voor de patiënt. Natuurlijk zou het harde bewijs dat de triple VAS beter discrimineert gemakkelijker geleverd zijn wanneer beide methoden tegelijk waren uitgevoerd, maar een dergelijk onderzoek heeft twee overduidelijke bezwaren: (1) de patiënt wordt nog meer belast; (2) het uitvoeren van een methode zou het resultaat van de tweede beïnvloeden. Het zou zeker wenselijk zijn om beide tests naast elkaar uit te voeren.

Of het magere resultaat van discriminatie te wijten is aan de vertaling is onwaarschijnlijk, maar misschien dat het onderzoek in Leiden duidelijkheid zal brengen. Overigens zijn vele van de in de vertaling gebruikte woorden ontleend aan een studie vooraf, waarin de patiënt gevraagd werd de pijn te omschrijven.

Inderdaad bedoelen wij met voorspellende kracht iets dat zeer dicht komt bij de voorspellende waarde, zoals (o.a.) beschreven

door Rümke. Spreekt men gewoonlijk over de voorspellende waarde van een negatieve uitslag en die van een positieve uitslag afzonderlijk, wij duiden de voorspellende waarde van de beslissing (positief of negatief) aan. Dit is dus een gewogen gemiddelde van de twee genoemde grootheden, gewogen naar de prevalentie. Wanneer er sprake zou zijn van 50% is in feite de test waardeloos. Wij drukken de beperkte waarde van de test uit met 'nauwelijks boven 50%'. We kunnen ons voorstellen dat een berekening met de getallen uit tabel 5 percentages oplevert van 70 of meer, maar dan moet men zich realiseren dat men ten onrechte heeft aangenomen dat de prevalentie bekend is. (Ook door Verkes uit tabel 5 afgelezen?) Het ontbreken van een gouden standaard maakt ons voorzichtig. In de praktijk willen wij niet op grond van de uitslag van de triple VAS de beslissing nemen tot medicatie over te gaan. Onze suggestie is de verhouding van de uitslagen binnen de triple VAS te gebruiken om de aard van de medicatie eventueel aan te passen: men geeft bijv. een anxiolyticum in plaats van/naast een analgeticum. De beslissing tot medicatie kan onzes inziens simpelweg gebeuren op grond van de 'medicatiebehoefte' (door Verkes ook als gouden standaard genomen voor zijn berekening?). Het afgaan op medicatiebehoefte is zonder meer al een sterke verbetering ten opzichte van de algemene praktijk van pijnstillers voorgeschreven op vaste tijden.

E. ROUWET

J. VAN EGMOND

G. M. M. NIJHUIS

Nijmegen, februari 1986

#### *Een consensus over cholesterol?*

De artikelen van Katan (1985; 2490-2) en Knuiman en Katan (1985; 2500-5) roepen bij mij een aantal vragen op die vrij zeker een gevolg zijn van het feit dat ik de literatuur over het overigens steeds boeiende cholesterol-onderwerp niet meer zo precies bijhoud resp. veroorzaakt worden door het feit dat ik almaar niet kan begrijpen waarom de zo sterk wisselende klinische en morfologische manifestatie van de ziekte telkens weer wordt verwaarloosd.<sup>1</sup>

Mijn eerste vraag geldt het gegeven dat over het gehele leeftijdsgebied de cholesterolconcentraties van Nederlandse mannen en vrouwen hoger waren dan die van Amerikaanse; het duidelijkst gold dit voor mannen van middelbare leeftijd. Als dat zo is, en ik heb geen redenen aan deze gegevens te twijfelen, behoort dan volgens de kort samengevatte argumenten in het commentaar van Katan de incidentie van 'ischemische hartziekten' in Nederland niet hoger te zijn dan in de Verenigde Staten? En is het niet net andersom? Wordt overigens met 'ischemische hartziekten' hetzelfde bedoeld als met 'coronariaziekte' en met 'coronariaziekte' weer hetzelfde als met 'hart- en vaatziekten'? Ik heb ernstige bezwaren tegen het door elkaar gebruiken van die drie termen, maar wellicht heeft de auteur er een bedoeling mee. Coronariaziekte verhoudt zich tot hart- en vaatziekten als paratyfus B tot koorts en diarree. Als de auteur zich afvraagt waarom er zoveel discussie is over het verband tussen cholesterol en 'hart- en vaatziekten', waarom wordt aan die discussie dan voorbijgegaan?

En ten slotte vraag ik mij af waarom collega Katan een vraagteken achter de titel van zijn artikel plaatst?

#### LITERATUUR

- 1 Meijler FL. Prevention of coronary heart disease: A cardiologist's view. In: Yu PN, Goodwin JF, eds. Progress in Cardiology, 10. Philadelphia: Lea and Febiger, 1981: 44-63.

F. L. MEIJLER

Utrecht, januari 1986