

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

De opmerkingen van collega Meijler naar aanleiding van onze publikaties zijn zeer ter zake, en wij gaan er graag op in.

Allereerst de vergelijking tussen de Verenigde Staten en Nederland. Weliswaar is de sterfte aan ischemische hartziekten in de V.S. sterk teruggelopen, maar het niveau ligt er inderdaad nog steeds hoger dan in Nederland. Op grond van het cholesterolgehalte in serum in beide landen in de periode 1970-1980 zou men eerder het omgekeerde verwachten. Ook het sigarettengebruik lijkt in de V.S. niet hoger te liggen dan in ons land. Een recente goed gestandaardiseerde vergelijking van de bloeddrukken in de twee landen is niet voorhanden, maar spectaculaire verschillen zijn er vermoedelijk niet. De drie bekende risicofactoren leveren in dit geval dus geen uitsluitel. Wat echter wél duidelijk verschilt is het vóórkomen van vetzucht. Amerikanen zijn gemiddeld een stuk dikker dan Nederlanders, en ernstige obesitas komt er twee- tot driemaal zo vaak voor als in ons land.<sup>1</sup> Vetzucht zou een directe oorzaak van ischemische hartziekten kunnen zijn,<sup>2</sup> en verder gaat vetzucht vaak gepaard met een lager HDL-cholesterolniveau, een hogere bloeddruk en een grotere kans op diabetes mellitus. Deze dragen alle drie bij tot een vergroot risico. Er kunnen natuurlijk nog andere factoren in de leefwijze van Amerikanen zijn die tot hartinfarcten en andere ischemische hartziekten leiden en die we nog niet met zekerheid hebben geïdentificeerd. We weten nog lang niet alles over de oorzaken van deze aandoeningen. Dat is echter geen reden om de wél beschikbare kennis niet toe te passen.

Wat de terminologie betreft heb ik getracht mij te houden aan de internationale aanbevelingen.<sup>3</sup> De term 'ischemische hartziekten' wordt gebruikt door de Wereldgezondheidsorganisatie, en ook door het CBS bij de classificatie van doodsoorzaken in Nederland. De Gezondheidsraad geeft de volgende definitie: 'ischemische hartziekten (IHZ) vormen een groep van aandoeningen die gekarakteriseerd worden door een tekortschietende bloedvoorziening van het hart, waardoor zuurstoftekort van de hartspeer kan ontstaan. De belangrijkste klinische manifestaties van IHZ zijn angina pectoris, hartinfarct, acute circulatiestilstand en decompensatio cordis.<sup>4</sup> 'Ischaemic heart disease' en 'coronary heart disease' worden in de Angelsaksische literatuur als synoniemen van elkaar gebruikt.<sup>3</sup> Ik heb dat in mijn stuk ook gedaan, waardoor het door mij oorspronkelijk gebruikte 'coronairlijden' door de redactie is vervangen door 'coronariaziekte'. Als 'coronaire hartziekten' een nog betere vertaling is, zal ik deze graag voortaan gebruiken.

De term 'hart- en vaatziekten' omvat natuurlijk meer dan alleen ischemische hartziekten, al vormen deze laatste wel de grootste categorie. Het verband met cholesterol is voor ischemische hartziekten nu duidelijk aangetoond, en ik heb mij in mijn commentaar dan ook op deze categorie geconcentreerd. Het is echter aannemelijk dat cholesterol ook bij het ontstaan van andere categorieën van hart- en vaatziekten een rol speelt. Zoals de patiënt met familiäre hyperbëtalipoproteïnemie (Fredrickson type IIa) ons heeft geleerd dat een hoog LDL-cholesterolgehalte ischemische hartziekten veroorzaakt, zo leert ons de patiënt met hyperlipoproteïnemie type III dat een ander cholesterolrijk deeltje,  $\beta$ -VLDL, een perifere vaat-aandoening kan veroorzaken. Om de Gezondheidsraad nog eens te citeren: 'Algemeen wordt aangenomen dat preventie van atherosclerose in principe de meest effectieve manier is om ischemische hartziekten te voorkomen. Omdat atherosclerose ook op andere plaatsen in het lichaam aanleiding kan geven tot ziekteverschijnselen (hersenen, benen, nieren) zouden met deze preventie ook andere volksgezondheidsbelangen gediend kunnen zijn'.<sup>4</sup>

Ten slotte: waarom een vraagteken achter de titel? Dat is omdat de massale preventie van 'Absterbekrankheiten' ingrijpende gevolgen zal hebben voor onze toekomstige wijze van leven en sterven; ik ben daar elders uitgebreider op ingegaan.<sup>5</sup>

Consensus klinkt voor mij als het voortijdig einde van een discussie die in feite nog niet is afgerond. Vandaar het vraagteken.

#### LITERATUUR

- 1 Rookus MA, Deurenberg P, Sonsbeek JMA van. Obesity in North America and the Netherlands. *Lancet* 1986; 1: 100.
- 2 Seidell JC, Deurenberg P. Nieuwe internationale aanbevelingen betreffende de diagnose en behandeling van een riskante vetverdeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 2321-2.
- 3 Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease. Report of the joint International Society and Federation of Cardiology/World Health Organization Task Force on standardization of clinical nomenclature. *Circulation* 1979; 59: 607-9.
- 4 Gezondheidsraad. Advies inzake epidemiologie en preventie van ischemische hartziekten, 1984/16. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1984.
- 5 Katan MB. Is voorkomen beter dan genezen? *Voeding* 1986; 47. Ter perse.

M. B. KATAN  
J. T. KNUIMAN

Wageningen, januari 1986

### *Een zeeman met een zwelling in de buik*

Met belangstelling heb ik de klinische les gelezen van de collegae W.J. Rijnberg en P.R.M. Hekking (1986; 147-9). De uiteindelijke diagnose bleek tuberculose van het colon ascensens en van de rechter bovenkwab van de long te zijn. De aanvankelijke symptomen werden gekenmerkt door een ijzergebreksanemie en occult bloedverlies.

Doordat een maligniteit van het colon ascensens niet met zekerheid was uit te sluiten, werd besloten tot een operatie. Wat mij enigszins bevreedt is dat zo snel tot een operatie werd overgegaan, terwijl toch meerdere gegevens, m.n. de afwijkingen op de röntgenfoto van de thorax, het histologische beeld van de bij colonoscopie genomen bipten en de jonge leeftijd van patiënt, de waarschijnlijkheidsdiagnose coloncarcinoom zeer onwaarschijnlijk maakten. Als ondersteunend argument voor het besluit tot laparotomie voeren de auteurs aan, dat de combinatie van beroep en nationaliteit van de patiënt het volgen van het ziekteproces onmogelijk zou maken. Ook door een operatie is dit probleem niet opgelost, daarentegen onverkort van kracht. Ik ben dan ook van mening, dat overhaast hier een beslissing tot laparotomie is genomen.

Dit is des te meer belangrijk omdat uit onze eigen ervaring tuberculose van het colon zonder enige complicatie geheel kan genezen met medicamenteuze therapie. Ik meen dat het goed is hierop ook in een klinische les over dit onderwerp de nadruk te leggen. De winst die een moderne methode als colonoscopie kan opleveren, komt niet genoeg uit de verf. Het endoscopische beeld van tuberculose van het colon toont op belangrijke punten verschillen met dat van een carcinoom van het colon. Er rest mij nog op te merken, dat het geen nette indruk maakt dat een röntgenfoto van het colon van patiënt ondersteboven en achterstevoren wordt afgedrukt.

Concluderend: de diagnose tuberculose van de dikke darm dient niet gesteld te worden door middel van een laparotomie, en de behandeling van deze aandoening dient medicamenteus te zijn en niet chirurgisch.

S. D. J. VAN DER WERF

's-Gravenhage, februari 1986

Onder dankzegging voor de opmerkingen van collega Van der Werf geven wij graag onze reactie. De beslissing om tot laparotomie over te gaan hebben wij zorgvuldiger overwogen en geformuleerd dan door collega Van der Werf wordt veronder-