

LITERATUUR

- 1 Kay DB. The sprained ankle: Current therapy. Foot Ankle 1985; 6: 22-8.
- 2 Bruggeman A, Bruggeman JH. Vernieuwingen in het behandelplan. Het inversie-trauma van de enkel. Geneeskunde en Sport 1983; 16: 91-7.
- 3 Bruggeman A, Bruggeman JH. Modifications in the treatment-programme of the inversion sprain. Int J Sports Med 1984; 5: suppl 42-4.

A. BRUGGEMAN

Hengelo, maart 1986

J. H. BRUGGEMAN, fysiotherapeuten

Geneeskunde en euthanasie

De inleiding van het artikel van Meijler (1986: 501-4) is nogal tendentius. Het is juist het Hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (1984) geweest dat de voorwaarden voor vrijwillige euthanasie goed op een rijtje heeft gezet. De Gezondheidsraad-commissie inzake Euthanasie (1981/2) was daar niet in geslaagd; haar definitie was zelfs niet juist. Het merendeel van de door de KNMG aangedragen argumenten is overgenomen in het rapport van de Staatscommissie Euthanasie (1985) en later ook in het gewijzigde wetsontwerp Wessel-Tuinstra (1985), maar daar staat weer te veel in. Dat er ooit een uitspraak 'van het volk' komt, dat vrijwillige euthanasie mag dan wel *moet*, zou tot een contradictie leiden. Wat een vreemde veronderstelling.

Meijler heeft gelijk wanneer hij meent dat de dood, ook die als gevolg van euthanasie, onherroepelijk is. Maar er is in het leven zoveel onherroepelijk, wat zou dat? De dood kan een bijzonder welkome vriend zijn, lang niet altijd is hij onze grootste vijand. Inderdaad, absolute zekerheid is er in het leven zelden, evenmin als er waterdichte criteria zijn. Dat eist een patiënt ook niet! Van een arts wordt een zo objectief mogelijke diagnose verwacht. Maar iedereen weet dat daar vergissingen mee gemaakt worden, want iedereen vergist zich wel eens. Patiënten maken zich meer zorgen over artsen die voor hen wensen te beslissen. Men wordt zich er steeds meer van bewust dat medische ethiek primair gericht moet zijn op het *welzijn* van de patiënt, die wenst mee te denken en mee te beslissen over zijn eigen leven én dood. De medicus zal, zorgvuldig medisch handelend, vanuit zijn deskundigheid ziekten trachten te genezen en lijden proberen te verlichten. Vanzelfsprekend heeft hij daarbij wel een eigen oordeel, maar *niet* het recht op de eindbeslissing.

Het wordt tijd dat er een herbezinning komt over de medische ethiek en dat de patiënt daarbij betrokken wordt.

G. M. M. HOUBEN

Zwolle, april 1986

Onder tendentius verstaat Van Dale: 'een bepaalde bedoeling hebbend en uitdrukking en met opzet in een bepaalde richting geleid, waardoor aan de waarheid tekort wordt gedaan'. Deze omschrijving is op wat ik in verband met de euthanasie over de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heb geschreven, niet van toepassing. Het Hoofdbestuur van de KNMG heeft over deze netelige zaak haar leden niet gehoord. Dat is een ernstige zaak.

Ik gun de heer Houben zijn opvattingen over de dood en ook zijn visie op de medische ethiek. Het kan zijn dat patiënten zich zorgen maken over artsen die over hen beslissen. Ik maak me zorgen over de geneeskunde, als patiënten over artsen gaan beslissen.

F. L. MEIJLER

Utrecht, april 1986

Inhalatiecorticosteroiden bij astma

Prof. Kreukniet behandelt in vogelvlucht enkele aspecten van deze middelen (1986; 524-6). Een aantal fragmenten van de tekst zijn dusdanig summier, dat misverstanden kunnen ontstaan, zodat ik graag enkele kanttekeningen wil plaatsen.

1. De mededeling dat beclomethason al lokaal in de long wordt omgezet, is volstrekt onvoldoende. Van elke inhalatie beclomethasondipropionaat (BDP) komt 10-20% in de long terecht, de overige 80-90% verdwijnt in het maag-darmkanaal. Dat BDP lokaal in de long wordt omgezet, is juist. Door deze omzetting is de kans dat BDP vanuit longweefsel alsnog een algemeen effect tot stand zou brengen uiterst gering. Vanaf het begin van de jaren zeventig, toen BDP ter beschikking kwam van patiënten en artsen, is uit diverse onderzoeken komen vast te staan, dat van BDP pas bij doses van circa 2000 µg en hoger effect op de cortisolspiegel is te verwachten. Dit zijn doses, die in de praktijk nauwelijks voorkomen. De grote mate van veiligheid van BDP blijkt uit het feit dat toepassing tijdens de zwangerschap is toegestaan. De uitspraak dat afbraak in de long ten koste van de lokale activiteit gaat, lijkt spits, maar hierover zijn geen gegevens bekend. Uit vergelijkend klinisch onderzoek blijkt, dat BDP bij gelijke doses geïnhalerde corticosteroiden (400 µg/dag) eerder neigt tot een sterker oraal corticosteroidsparend effect.¹

2. Prof. Kreukniet verwijst naar een onderzoek van Johansson et al. In dit onderzoek wordt nagegaan, wat de invloed van twee inhalatiecorticosteroiden op de cortisolspiegel is. De conclusies zijn gebaseerd op het toepassen van een niet-gangbare methode, nl. het vergelijken van 'area under the curve' (AUC). Bij alle studies naar de invloed van BDP op cortisolspiegels zijn steeds veranderingen in cortisolspiegels als maat voor een eventueel effect gevolgd. Het creëren van de nieuwe grootheid AUC heeft wetenschappelijk gezien geen inhoud, omdat onder andere het aantal punten waaruit de kromme moet worden opgebouwd gering is. Dit betekent, dat de positie van de kromme niet vastgelegd kan worden. Ook de grenzen waartussen het oppervlak moet of mag liggen, liggen niet vast. Kortom, het oppervlak onder de kromme is een inhoudloze grootheid. De aangehaalde waarden over relatieve lokale activiteit zeggen niets over het klinische effect. Weer wordt de grootheid AUC, nu met betrekking tot topische anti-inflammatoire activiteit, gehanteerd. Deze grootheid is niet maatgevend voor de lokale activiteit. Bovendien wordt de activiteit bepaald in de huid en niet in de long. Dus pulmonale activiteitsverhoudingen worden zeker niet door de genoemde waarden gedekt.

3. Kosten per dag (tabel). Dweze wijze van kosten vergelijken is onjuist, omdat ongelijkwaardige dagdoses zijn gehanteerd.

LITERATUUR

- 1 Rafferty P, Tucker LG, Frame MH, Fergusson RJ, Biggs BA, Crompton GK. Comparison of budesonide and beclomethasone dipropionate in patients with severe chronic asthma: Assessment of relative prednisolone-sparing effects. Br J Dis Chest 1985; 79: 244-50.

H. VAN DER VEEN

Nieuwegein, april 1986

Ik dank collega Van der Veen voor zijn aanvullingen. Onder punt 1 staat nog eens uitvoerig vermeld dat inhalatiecorticosteroiden weinig algemene bijwerkingen hebben. Met het onder punt 2 gestelde ben ik het niet eens. Overigens lijkt het me beter dat collega Van der Veen hier in discussie treedt met Johansson et al., wier conclusies door mij slechts geciteerd werden.

De kosten van geneesmiddelen worden bepaald door het

gebruik. De tabel van het artikel vermeldt kosten op basis van dat gebruik. Dat dagdoses daarbij niet gelijkwaardig zijn, doet niet ter zake, daar het voorgeschreven aantal inhalaties voor beide preparaten volgens de fabrikanten een optimale behandeling inhoudt. Dit houdt dan tevens in dat de dagdosis van beclometason daarbij hoger is dan die van budesonide. Overigens kan iedereen uit de vergelijking van de prijs bij toediening van 800 µg zien, dat het laatste preparaat het duurste is per µg, maar indien men per dag met minder µg kan volstaan, komt men toch goedkoper uit.

J. KREUKNIET

Utrecht, april 1986

Differentiaaldiagnostische overwegingen bij het fenomeen van Raynaud

De klinische les van de collegae Wollersheim en Thien (1986; 385-8) noopt mij tot het maken van de volgende opmerkingen.

1. Niet wordt toegelicht waarom het primaire Raynaud-fenomeen ('vrijwel altijd onschuldig') 'zou kunnen berusten op een overgevoeligheid van de vaatwand voor sympathische stimulatie'.

2. Alle ziektegeschiedenissen beginnen met het noemen van de diagnose.

3. Geen aandacht wordt geschonken aan de persoonlijkheid-in-haar-geheel, het beleven van de situatie(s) door de betrokkene evenals van zichzelf; dit is naar mijn mening een diagnostische en therapeutische fout, doordat de positieve of negatieve kracht van het beleven – met wisselwerking! – volledig wordt genegeerd. Zulks ondanks het ingewikkelder worden van het mens-zijn. Kortom, een dramatische vergissing die veelvuldig wordt gemaakt in de westerse geneeskunde!

H. K. SCHEFFER

Den Haag, april 1986

De reactie van collega Scheffer noopt ons tot het geven van het volgende commentaar:

Ad 1. Reeds in 1862 veronderstelde Maurice Raynaud een belangrijke rol van het sympathische zenuwstelsel bij de pathogenese van het naar hem genoemde verschijnsel.¹ Het sympathische zenuwstelsel is de voornaamste regulator van de arterioveneuze shunt-circulatie in de huid.² Door deze anastomosen stroomt onder basiscondities ongeveer 90% van de totale hoeveelheid in de huid circulerend bloed³ en zij dienen als 'radiator' voor de afgifte van warmte als onderdeel van de lichaamstemperatuurregulatie.⁴ Wegens de belangrijke fysiologische rol die de sympathische vasomotorische en sudomotorische innervatie speelt bij de perifere vasoconstructie als reactie op koude en emoties,⁵ is het begrijpelijk te veronderstellen dat een hyperactiviteit van het sympathische zenuwstelsel of een hyperreactiviteit van de vaatwand op sympathische stimulatie pathofysiologisch een rol zou kunnen spelen bij de vasospasmen die optreden bij een 'Raynaud-aanval'. Dit wordt nog eens extra beklemtoond indien we ons realiseren dat vasospasmen door dezelfde stimuli (koude en emoties) kunnen worden opgewekt en door het feit dat deze aanvallen vooral voorkomen op plaatsen waar bovengenoemde arterioveneuze shunts gelokaliseerd zijn: nl. handen, voeten, neuspunt en oorlellen.⁶ Peacock nam een sterkere vasoconstrictie waar bij Raynaud-patiënten in vergelijking met gezonden tijdens sympathische-reflexstimula-

tie met daarbij tevens een verhoogde veneuze noradrenalinespiegel.^{7,8} Daarnaast vonden Fagius et al. aanwijzingen voor een afwijkende reactie van de bloedvatwand op normale sympathische stimulatie bij Raynaud-patiënten.⁹ Momenteel verrichten wij, in het kader van een onderzoeksproject dat gesteund wordt door de Nederlandse Hartstichting, onderzoek naar dit hypothetische pathofysiologische verband.¹⁰ Wij zullen hierover in de toekomst rapporteren in de literatuur.

Een indirecte aanwijzing voor het belang van het sympathische zenuwstelsel is de soms gunstige reactie van vooral het primaire fenomeen van Raynaud op α -adrenoceptorantagonisten, β -adrenoceptoragonisten of chirurgische sympathectomie.¹¹ Daarnaast kunnen β -adrenoceptorblokkers een bestaand fenomeen van Raynaud, vooral indien dit gesuperponeerd voorkomt op een reeds tevoren bestaande vaataandoening, verergeren.¹¹

Ad. 2. Zolang het fenomeen van Raynaud een vooral op de anamnese gebaseerde descriptieve diagnose is,¹² lijkt het ons, gezien de titel van de klinische les en de in de eerste alinea beschreven klachten, geen bezwaar de diagnose meteen te noemen.

Ad. 3. In deze klinische les wordt inderdaad 'geen aandacht geschonken aan de persoonlijkheid-in-haar-geheel en het beleven van de situatie(s) door de betrokkene evenals van zichzelf'. Dit was overigens een bewuste keuze, die de mogelijkheid tot het schrijven van een klinische les vanuit de optiek van de intersubjectieve beleving geheel openlaat. Wij achten onszelf hiertoe niet competent, maar pogen wel in ons dagelijks contact met 'de patiënt' oog te hebben voor diens persoonlijkheid-in-haar-geheel.

LITERATUUR

- 1 Raynaud M. De l'asphyxie locale en de la gangrène symétrique des extrémités. Paris: Leclerc L, Libraire Éditeur, 1862. Proefschrift.
- 2 Abramson DI. Neural regulation of cutaneous circulation. *Adv Biol Skin* 1972; 12: 207-33.
- 3 Coffman JD. Total and nutritional blood flow in the finger. *Clin Sci* 1972; 42: 243-50.
- 4 Burton AC. The range and variability of blood flow in human fingers and vasomotor regulation of body temperature. *Am J Physiol* 1939; 137: 437-53.
- 5 Guyton AC. Local control of blood flow by the tissues, and nervous and humoral regulation. In: *Textbook of physiology*. Guyton AC. Philadelphia: WB Saunders, 1981: 232-45.
- 6 Sherman JL. Normal arteriovenous anastomosis. *Medicine* 1963; 42: 247-67.
- 7 Peacock JH. Peripheral venous blood concentrations of epinephrine and norepinephrine in primary Raynaud's disease. *Circ Res* 1959; 7: 821-7.
- 8 Peacock JH. A comparative study of the digital cutaneous temperature and hand blood flows in the normal hand, primary Raynaud's disease and primary acrocyanosis. *Clin Sci* 1959; 18: 25-33.
- 9 Fagius J, Blumberg H. Sympathetic outflow in the hand in patients with Raynaud's phenomenon. *Cardiovasc Res* 1985; 19: 249-53.
- 10 Wollersheim H, Cleophas T, Thien Th. The role of the sympathetic nervous system in the pathophysiology and the therapy of the Raynaud's phenomenon. Aangeboden ter publikatie.
- 11 Wollersheim HJ, Cleophas T, Thien Th. Farmacologische beïnvloeding van het sympathisch zenuwstelsel bij het fenomeen van Raynaud. In: *Het fenomeen van Raynaud*. Wouda AA, Kallenberg CGM, Wesseling H, Banga JD. Groningen-Utrecht: Post Scriptum, 1986: 69-76.
- 12 Allen E, Brown G. Raynaud's disease: A critical review of minimal requisites for diagnosis. *Am J Med Sci* 1932; 183: 187-200.

H. WOLLERSHEIM
TH. THIEN

Nijmegen, april 1986