

plaatsgevonden en de kans op een herseninfarct was derhalve in de medicamenteuze en de chirurgische groep gelijk. In het Westeinde Ziekenhuis zijn echter slechts 13 patiënten geopeerd, terwijl 18 patiënten medicamenteuze therapie ontvingen. Ter verdere informatie dient te worden gezegd dat de 13 ischemieën met voorbijgaande verschijnselen (TIA's) voorkwamen bij 3 patiënten uit de medicamenteuze groep en dat 1 chirurgische patiënt 2 TIA's had.

Wij menen dat men bij statistische toetsing in dit geval het beste kan uitgaan van het aantal patiënten dat een eindpunt had en niet van het aantal eindpunten. Voor herseninfarcten, doden en TIA's vinden wij dan p-waarden van resp. 0,10, 0,72 en 0,87 (Fisher-toets). Deze vallen alle ruim binnen de toevalsvariantie.

In ons commentaar hebben we de nadruk willen leggen op de belangwekkende resultaten van de 'cooperative study of extracranial-intracranial arterial anastomosis' en niet te veel aandacht willen besteden aan onze eigen patiënten. Wij geven gaarne toe dat de door ons verstrekte gegevens ontoereikend waren voor statistische toetsing. Bovendien werden door de woordkeuze de verschillen tussen de patiënten van het Westeinde Ziekenhuis en de totale populatie misschien wat te veel geaccentueerd. Wij stellen het op prijs dat collega De Bruin ons in de gelegenheid stelt dit nu te verduidelijken. Overigens blijft een feit dat de resultaten in het Westeinde Ziekenhuis en enkele andere centra er in gunstige zin uitsprongen. Wij willen daar echter geen conclusies aan verbinden.

J. TH. J. TANS
C. A. F. TULLEKEN

's-Gravenhage, mei 1986

De 'warning leak'

Graag wil ik bij de klinische les van professor Beks betreffende de 'warning leak'/subarachnoïdale bloeding (1986; 761-2) een enkele kritische kanttekening plaatsen. Professor Beks noemt het belangrijk de symptomen van de 'warning leak' te onderkennen; dat is, gezien de mogelijke gevolgen, natuurlijk relevant.

Het lijkt me echter zinloos een huisarts erop te wijzen bij iedere patiënt met een 'minder hevige, plotselinge hoofdpijnaanval zonder neurologische verschijnselen, waarbij meestal wel medische hulp wordt gezocht' – zo zijn omschrijving van 'warning leak' – aan een mogelijke kleine arachnoïdale bloeding te denken, en dus de patiënt gericht door te verwijzen (lumbaalpunctie? CT-scan?). Want stel, dat je aan deze mogelijkheid denkt, en een dergelijke diagnose overweegt, dan moet je er wat aan doen. Mijns inziens zijn echter de door prof. Beks beschreven symptomen van een 'warning leak' toepasbaar op vele soorten hoofdpijn. Ook in zijn twee ziektegeschiedenissen laat hij de betreffende huisartsen beslist acceptabele 'diagnosen' – nekpijn door plafond witten/migraine – aanvoeren.

Dus vraag ik mij af, wat heb ik als huisarts aan deze klinische les, gedachtig aan al die voorbijtrekkende hoofdpijnpatiënten. Wegen alle kosten, moeite, spanning etc. van het doorverwijzen op grond van mijns inziens vage symptomen, en een vage diagnose op tegen een enkele positieve uitslag? Goed, ik zal er nu zeker eerder aan denken, en misschien mensen, meestal voor niets, doorsturen. Is het dat waard?

J. G. TIEMENS

Utrecht, april 1986

Ik ben het vanzelfsprekend met u eens dat niet elke patiënt met een plotselinge aanval van hoofdpijn naar een neuroloog of neurochirurg voor verder onderzoek kan worden doorverwezen. De door mij beschreven zeer plotselinge en zeer heftige aanvallen van hoofdpijn onderscheiden zich echter toch tot op zekere hoogte van hoofdpijnaanvallen die de aan u voorbijtrekkende hoofdpijnpatiënten vertonen, alhoewel ik gaarne toegeef dat de keuze van doorverwijzing moeilijk en subjectief is. Men dient zich echter te realiseren dat bij obducties is gebleken dat ongeveer 1% van de mensen een sacculair aneurysma heeft en dat per jaar 10 subarachnoïdale bloedingen per 100.000 mensen optreden.

J. W. F. BEKS

Groningen, mei 1986

Mededelingen en bekendmakingen

Sandoz-prijs voor gerontologisch onderzoek

Deze prijs, groot 20.000 Zwitserse francs, wordt uitgelooft door Sandoz Ltd. te Bazel, Zwitserland, ter aanmoediging van onderzoek op alle gebieden van de gerontologie en geriatric met inbegrip van biologische, medische, psychologische, sociale en andere aspecten, en met een speciale nadruk op multidisciplinaire projecten. De jury bestaat uit het Uitvoerend Comité van de International Association of Gerontology (IAG). De prijs wordt uitgereikt op het eerste Europese Congres van de IAG in september 1987 te Brighton (U.K.).

Inzendingen ter mededinging dienen in het Engels te zijn gesteld en te omvatten: een samenvatting van het onderzoek, groot 3-5 pagina's, curriculum vitae, literatuuropgave en overdrukken van ten hoogste drie sleutelpublikaties, in het Engels of met uitvoerige samenvattingen in het Engels. Personen, research-teams en instituten worden uitgenodigd hun aanvragen, in het Engels, vóór 31 oktober 1986 te richten aan prof. M. Bergener, M.D., International Association of Gerontology, Rheinische Landesklinik, Wilhelm-Griesinger-Strasse 23, D-5000 Köln 91, Bondsrepubliek Duitsland.

Boekaankondigingen

C. Lehnert-Schroth, *Dreidimensionale Skoliose-Behandlung*. Eine krankengymnastische Spezialmethode zur Verbesserung von Rückgratverkrümmungen. Atmungs-Orthopädie System Schroth. 3e, uitgebreide druk. 301 bl., fig., tabellen. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1986. Prijs: geb. DM. 54,-.

Biomechanics of normal and pathological human articulating joints. Onder redactie van N. Berme, A. E. Engin en K. M. Correia da Silva (NATO advanced science institutes series E: applied sciences, nr. 93.) 376 bl., fig., tabellen. Martinus Nijhoff, Dordrecht 1985. Prijs: geb. f 150,-.