

risicofactor is, kan deze invloed de kans op een IHZ verminderen. Tenslotte bezit fenytoïne ook een anti-aritmische werking (o.a. bij digitalis-intoxicatie) die levenreddend zou kunnen zijn.

LITERATUUR

- Wallace RB, Hunninghake DB, Reiland S, et al. Alterations of plasma high-density lipoprotein cholesterol levels associated with consumption of selected medications. *Circulation* 1980; 62 (suppl 4): 77-82.
- Muuronen A, Kaste M, Nikkilä EA, Tolpanen E. Mortality from ischaemic heart disease among patients using anticonvulsive drugs: a case-control study. *Br Med J* 1986; 13: 43-5.

S. BERREKLOUW

Huid- en geslachtsziekten

Voeding en atopisch eczeem

Atopisch eczeem is een veel voorkomende multifactoriële huidaandoening die meestal vroeg in de jeugd begint en het gehele leven kan blijven bestaan. Ofschoon in 1936 al werd vermoed dat dieetfactoren een belangrijke rol kunnen spelen in de pathogenese van atopisch eczeem,¹ is er tot nu toe nog maar weinig prospectief dubbelblind onderzoek verricht naar het verband tussen voedsel en atopie. In 1978 toonden Atherton et al. in een dubbelblind cross-over-onderzoek aan dat zich bij 60% van een groep ongeselecteerde kinderen met atopisch eczeem een verbetering voordeed indien het dieet geen ei- en melkproducten bevatte.² Een soortgelijk onderzoek met eliminatie van voedingsstoffen werd verricht door Neild et al.³ Zij onderzochten 53 patiënten met actief atopisch eczeem van 1 tot 32 jaar oud gedurende 3 maal 6 weken. De patiënten werden gerandomiseerd in twee groepen. De ene groep kreeg in de eerste periode van 6 weken een eliminatiedieet (zonder ei, melk, melkproducten, kip en vlees) met daaraan toegevoegd sojamelk. De andere groep kreeg hetzelfde dieet maar dan met ei en koemelk. In de tweede periode kregen beide groepen een normaal dieet met ei en melkproducten, ook als men dit

gewoonlijk vermeed. In de derde periode kreeg groep 1 het dieet met ei en koemelk en groep 2 het dieet met sojamelk. Aan het eind van het onderzoek (na 18 weken) werd bij 10 van de 40 (25%) patiënten die het onderzoek voltooiden verbetering van het eczeem gezien bij gebruik van een eliminatiedieet zonder ei en melk. Dit waren voornamelijk jonge kinderen met uitgebreid eczeem. Oudere patiënten met matig eczeem toonden geen duidelijke verbetering. Neild et al. hebben de overtuigende resultaten van het onderzoek van Atherton et al. niet kunnen bevestigen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat hun eliminatiedieet toch nog allergene voedingsstoffen bevatte. Zelfs sojamelk kan allergische reacties veroorzaken.⁴ In een derde dubbelblind, met behulp van placebo gecontroleerd onderzoek bij 113 kinderen (gemiddelde leeftijd 6 jaar) met uitgebreid atopisch eczeem werden provocatieproeven verricht met bepaalde voedingsbestanddelen.⁵ Bij 63 (56%) werd een positieve reactie gevonden op 101 provocaties: 85 provocaties resulteerden in huidafwijkingen, 53 in maagdarfstoornissen en 32 in ademhalingsproblemen. Ei, pinda en melk veroorzaakten 72% van de geïnduceerde overgevoelighedsreacties. Op grond van anamnese en laboratoriumresultaten was het nauwelijks te voorspellen bij wie een voedingsallergie zou worden gevonden.

Ofschoon er steeds meer aanwijzingen zijn dat voedingsallergie een rol speelt in de pathogenese van atopisch eczeem blijven er controversen bestaan over de betekenis van allergenen zoals koemelk en sojamelk.

LITERATUUR

- Grulee CG, Sanford HN. The influence of breast and artificial feeding on infantile eczema. *J Pediatr* 1936; 9: 223-5.
- Atherton DJ, Sewell M, Soothill JF, Wells RS. A double blind controlled cross-over trial of antigen avoidance diet in atopic eczema. *Lancet* 1978; i: 401.
- Neild VS, Marsden RA, Bailes JA, Bland JM. Egg and milk exclusion diets in atopic eczema. *Br J Dermatol* 1986; 114: 117-23.
- Taitz LS. Soya feeding in infancy. *Arch Dis Child* 1982; 57: 159.
- Sampson HA, McCaskill CC. Food hypersensitivity and atopic dermatitis: evaluation of 113 patients. *J Pediatr* 1985; 107: 669-75.

J. J. E. VAN EVERDINGEN

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)

Geneeskunde en euthanasie

Het is verheugend dat deze bijdrage in dit tijdschrift de discussie rond euthanasie vanuit geneeskundig perspectief benadert (1986; 501-4). In de discussies rond dit vraagstuk zijn vooral ethische en juridische aspecten benadrukt en de schijnbare passiviteit van de medische beroepsbeoefenaars kan de indruk gewekt hebben dat hun rol voornamelijk van uitvoerende aard zou zijn. Het uitgangspunt van Meijler is dat euthanasie een medische ingreep is en daarom uitsluitend mag geschieden op gefundeerde indicatie, waaraan een valide diagnose ten grondslag ligt. Eén van de kernpunten van het artikel betreft de immer gerechtvaardigde twijfel aan de diagnose en de daarmee samenhangende noodzaak tot feitelijke evaluatie achteraf.

De boodschap van het gepresenteerde overzicht van een aantal studies van de overeenkomst en verschillen van de door de behandelende geneesheer vastgestelde doodsoorzaak en de pathologisch-anatomisch bewezen doodsoorzaak is duidelijk:

bij 10-30% van de patiënten bij wie obductie was verricht, bestond discrepantie. Het aantal gevallen waarin de discrepantie therapeutische consequenties gehad zou hebben, is echter aanzienlijk kleiner, terwijl analyses ten aanzien van de mogelijke afloop van de ziektegeschiedenis, als een juiste diagnose zou zijn gesteld, nauwelijks zijn verricht. De vraag is derhalve of de discrepanties tussen klinische en via postmortaal onderzoek gestelde diagnoses van essentiële betekenis zijn in de discussie rond euthanasie. In feite suggereert Meijler dat er in 10-30% van de gevallen ten onrechte van wordt uitgegaan dat de patiënt aan een fatale aandoening lijdt, zodat euthanasie ten onrechte wordt toegepast. Deze suggestie mist iedere grond: ten eerste omdat er geen analyses zijn over het aantal gevallen waarin ten aanzien van de concrete levensverwachting kennis van de juiste diagnose een essentieel verschil zou hebben betekend, en ten tweede omdat het terminale karakter van een aandoening niet alleen blijkt uit een diagnose, maar vooral ook uit het klinische beloop.

Een tweede kernpunt is een voorstel tot verplichte obductie na euthanasie als controle op de juistheid van het euthanatisch handelen. Verplichte obductie is echter als controle op de kwaliteit van het euthanatisch handelen onbruikbaar, omdat uit pathologisch-anatomisch onderzoek niet een antwoord mag worden verwacht op de vraag of het desbetreffende lijden uitzichtloos en ondraaglijk is. Voor die kwalificaties bestaat geen morfologisch substraat en evenmin kunnen uit de samenhang tussen morfologische diagnoses in een epicritische beschouwing dergelijke kwalificaties worden afgeleid. Medisch verantwoorde euthanasie, voor zover iets dergelijks al bestaat, zal naar mijn overtuiging gebaseerd zijn op een valide diagnose, ook al blijkt die wel eens niet geheel juist te zijn, op een zo objectief mogelijke evaluatie van de ernst en de ondraaglijkheid van het lijden (waarvoor een intercollegiaal consult noodzakelijk kan zijn) en op het beoordelen van de toestand van de lijdende in diens emotionele en maatschappelijke context, en de beslissing daartoe zal tot stand komen in de strikt persoonlijke relatie tussen de lijdende en de helpende mens. Iets dergelijks laat zich niet in de terminologie van de patholoog evalueren.

Een enkele opmerking nog over Meijlers ongerustheid ten aanzien van de consequenties van legalisering van euthanasie voor klinisch-medisch onderzoek. In de schets die Meijler van de situatie geeft, wordt het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt buiten beschouwing gelaten. Ook zonder de mogelijkheid tot euthanasie zullen patiënten met een terminaal lijden zich niet steeds ter beschikking willen stellen voor gerandomiseerde klinische onderzoeken. De invloed van euthanasie op klinisch geneeskundig onderzoek lijkt mij derhalve op zijn minst onvoorspelbaar, maar waarschijnlijk marginaal.

Ik heb waardering voor Meijlers scherp geformuleerde poging de medische inbreng in de euthanasie-discussie te versterken, omdat zijn standpunten uitnodigen tot discussie. Waar hij poogt het mogelijke effect van legalisering van euthanasie te neutraliseren door een beperkend keurslijf van medische regelgeving, ben ik het echter volstrekt niet met hem eens.

F. T. BOSMAN

Maastricht, april 1986

Het ging in de door mij geciteerde artikelen niet om het fataal zijn van de diagnose, maar om de aard van de diagnose met de fatale afloop als gevolg. Als er euthanasie wordt gepleegd, wordt er op het fatale karakter van de gestelde diagnose vooruit gelopen. Als men zich in de aard van de diagnose kan vergissen (van 10-30%), moet men er ernstig rekening mee houden dat ook een vergissing ten aanzien van het fatale karakter van de diagnose mogelijk is. Hoe vaak men zich in dit opzicht vergist of zal vergissen, weet ik niet, waarschijnlijk in minder dan 10% van de gevallen. Maar hoeveel fouten is collega Bosman bereid te accepteren? Het lijkt niet onredelijk uit te gaan van 1 tot 5 foutieve diagnoses per 100 euthanasiegevallen. Per 2000 euthanasiegevallen per jaar, zou dit betekenen dat 20-100 mensen zonder dodelijke ziekte zullen sterven als gevolg van een dus ten onrechte uitgevoerde thanatische handeling. Waarschijnlijk zal, als de legalisering doorgaat, het aantal euthanasiegevallen nog aanzienlijk hoger komen te liggen en dan zal het aantal ten onrechte gedode patiënten eveneens stijgen. Is wie daarop let een kniesoor?

Het is onjuist, diagnose en klinisch beloop van elkaar te scheiden. Het medische beleid bij en mede daardoor het klinische beloop van een ziekte is mede afhankelijk van de gestelde diagnose. Een fataal geachte aandoening kan door de behandeling alleen al een terminaal karakter krijgen. De patholoog-anatoom kan meestal bevestigen of weerleggen, of het desbetreffende lijden inderdaad uitzichtloos was. Over de ondraaglijkheid kan ook de arts zich geen definitief oordeel

vormen, dat wordt door de patiënt bepaald. Wel kan het lijden in de meeste gevallen draaglijk worden gemaakt.

Artsen beoordelen al sinds mensenheugenis de toestand van een patiënt in diens emotionele en maatschappelijke context, wij hadden daar alleen niet zulke fraaie termen voor. Natuurlijk laat zich dit niet in de terminologie van de patholoog-anatoom evalueren, dat hoeft ook niet en mijn voorstel behelst dat ook niet. Wat ik beoog is dat, als de euthanasie onverhoopt zou worden gelegaliseerd, wij gaan leren in welk percentage euthanasie wordt toegepast bij niet-terminale aandoeningen en dat leerproces kan onverantwoorde toepassing van euthanasie ontmoeiden.

Ik laat ook het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt niet buiten beschouwing, ik ga daarvan uit. Het gaat evenmin om gerandomiseerde klinische onderzoeken bij patiënten met een op korte termijn manifest terminaal (geacht) lijden; het gaat om onderzoeken met (uiteindelijk) een natuurlijke dood als eindpunt. Als artsen gelegaliseerd en op niet strikt medische gronden, zoals ondraaglijkheid, uitzichtloosheid zonder concrete onderbouwing, zelfbeschikkingsrecht, of emotionele en maatschappelijke aspecten het leven van patiënten gaan beëindigen, dan zijn dergelijke onderzoeken niet meer mogelijk. Ik geef toe dat het effect in kwantitatieve zin niet voorspelbaar is, maar dat is juist het probleem. En hoe aanvaardbaar is marginaal?

Collega Bosman wil geen keurslijf van medische regelgeving. Welke regelgeving wil hij dan wel? Die van een wet met niet definieerbare termen? Dit land kent talloze keurslijven voor medische handelingen en alleen om geld te sparen, maar met een regelgeving die het ten onrechte uitvoeren van euthanasie zou moeten neutraliseren om daarmee levens te sparen, is collega Bosman het volstrekt oneens.

Mijn vraag aan collega Bosman en onze professie is: hoe kunnen wij ten onrechte uitgevoerde gelegaliseerde euthanasie tot een minimum beperken? Zo lang de euthanasie niet gelegaliseerd is, is de arts die de thanatische handeling verricht zelf verantwoordelijk; zodra euthanasie in welke vorm dan ook wordt gelegaliseerd, zijn wij collectief verantwoordelijk voor alle gemaakte fouten. En dat die gemaakt gaan worden, staat vast. Daarom ben ik tegen legalisering. Wie een beter idee heeft dan verplichte obductie, als die legalisering van de euthanasie er toch komt, opdat wij althans van onze fouten kunnen leren, mag het zeggen.

F. L. MEIJLER

Utrecht, mei 1986

Euthanasie, recht en medische ethiek

In het artikel van Van Alphen et al. (1986; 601-4) wordt mijns inziens een aantal essentiële punten weggelaten of onvolledig behandeld. Mijn kritiek op hun betoog behelst de volgende punten:

1. De schrijvers gebruiken het argument dat medisch handelen dat erop gericht is mishandeling door de natuur of door ongeval te voorkomen, enz., weldoen is. Dit weldoen maakt volgens hen het medisch handelen in zichzelf gerechtvaardigd. De handeling van de arts is, naar ik meen, pas weldoen als de patiënt dit ook als zodanig ervaart en is gelegaliseerd doordat de patiënt erom vraagt. Wanneer het weldoen van de arts als rechtvaardigingsgrond voor medisch handelen telt, dan moet dit gelden voor de handeling door de medicus bij euthanasie. Euthanasie, in de definitie van de Staatscommissie: 'Het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek' veronderstelt een verzoek van de patiënt om dat wat hij als weldaad ziet, namelijk beëindiging van