

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)

Consensus osteoporose

Dit artikel van Bijvoet (1986; 584-90) roept bij mij de volgende vragen op: Moet men uit stelling 20, dat postmenopauzaal botverlies voorkomen kan worden door het toedienen van oestrogenen gedurende minimaal zes jaar, concluderen dat er consensus bestaat alle vrouwen in de postmenopauze aldus te behandelen? De stelling suggereert dit zonder het met zoveel woorden te zeggen. Het in de stellingen 20, 21 en 22 genoemde voorstel voor cyclische behandeling met een oestrogeen-progestageen-combinatie spreekt echter alleen over dit voorstel bij postmenopauzale osteoporose, dus nadat de ziekte zich heeft gemanifesteerd. Is er gesproken over profylactische behandeling en welke (non)consensus bestaat hierover? Naar mijn mening wordt een consensusverslag interessanter, indien ook wordt aangegeven over welke problemen in de praktijk géén consensus bestaat. Tevens zou het verslag aan waarde winnen als er gegevens in te vinden zouden zijn over de incidentie van osteoporose: bijv. bij hoeveel procent van vrouwen na de menopauze kan men jaarlijks verwachten osteoporose vast te stellen?

J.J.M. VAN ROOSMALEN

Overveen, april 1986

De vraag van collega Van Roosmalen raakt de kern van de zaak. De consensustekst geeft stellingen weer, waarover overeenstemming bestaat en is daarom niet volledig. Mijn antwoord is dan ook persoonlijk gekleurd.

De consensus is dat substitutie met een oestrogeen-progestageen-combinatie gedurende minstens 6 tot 10 jaar na het optreden van de menopauze een duidelijke vermindering zal veroorzaken van de incidentie van fracturen bij vrouwen. Tevens, dat de winst ten aanzien van morbiditeit en levensverwachting waarschijnlijk veel groter is dan een nadelig effect daarop, door voortgaand bloedverlies en door vergroten van risico voor endometriumcarcinoom, mammacarcinoom, en hart- en vaatziekten en ziekten van de galwegen.¹ Gunstig zijn ook het onderdrukkende effect op opstijgingen in de vroege postmenopauze, de vertraagde atrofie van het vaginaslijmvlies en de niet meetbare, maar onmiskenbare effecten op stemming en vitaliteit. Of suppletie langer dan 10 jaar ook nuttig is, is niet vastgesteld. Zes jaar is een minimum en mogelijk zullen weinigen de suppletie na het 65e jaar continueren.

Deze uitspraken hebben uitsluitend een epidemiologische betekenis;² er wordt hiermee dan ook geen aanbeveling gedaan voor de behandeling van individuen. Uitspraken van gelijke waarde zijn immers, dat postmenopauzaal botverlies ook voorkomen kan worden door driemaal per week twee uur oefenen of kan worden verminderd door adequate calciumname in de voeding. De incidentie van ernst van osteoporose wordt verder verminderd door oefenen en door optimaliseren van de calciumname reeds vanaf de adolescentie. Zo ontstaan meerdere scenario's voor primaire preventie van osteoporose.

De risico's voor de bevolking kunnen zeer grof als volgt worden samengevat: boven 50 jaar verdubbelt momenteel de fractuurkans ongeveer iedere 5 à 10 jaar en we kunnen daarbij uitgaan van omstreeks het 50e levensjaar vier pijpbeenfracturen per 10.000 vrouwen en 2-3 gedeformeerde wervels. De incidentie van meetbare osteoporose zal in onze bevolking waarschijnlijk variëren van enkele procenten omstreeks het vijftigste tot misschien 50% of meer bij tachtigjarigen. Hierbij valt te

bedenken dat het toenemen van de kans op fracturen zowel als de morbiditeit daardoor, wezenlijk samenhangt met andere deficiënties, functieverliezen, of verliezen die met het ouder worden optreden.

De huisarts kan zich bij het begeleiden van zijn patiënten door deze kennis laten leiden. De beslissing of hij een vrouw zonder dat daartoe anderszins aanleiding is, dus zonder evidente risicofactoren, adviseert tot oestrogenesuppletie berust dan op afwegen van kennis omtrent verleden, actuele toestand en toekomstverwachting. Behalve door materieel nut, worden zulke beslissingen beïnvloed door niet-materiële aspecten zoals aanvaarding van verantwoordelijkheid en voorkómen van spijt op een later moment. Uit een recent besliskundig onderzoek is gebleken dat deze immateriële factoren een negatieve invloed kunnen hebben op het door de behandelende artsen instellen van een, volgens hun eigen criteria geïndiceerde, therapie met oestrogenen.³

Men kan preventie namelijk ook individualiseren op grond van verhoogd individueel risico van osteoporose, de zg. secundaire preventie. Op dit punt geeft de consensustekst duidelijke richtlijnen, onder andere in de vorm van een tabel met risicofactoren. Het is onbekend welk percentage van de populatie volgens bovenstaande criteria tot suppletie met oestrogenen zal overgaan. Afhankelijk van de voorlichting en van de instelling van de vrouw en de haar adviserende arts zal dit kunnen liggen tussen 10 en 50%. Het is hopelijk geen utopie dat goede preventie anderszins die al met de adolescentie begint, de behoefte aan deze specifieke vorm van preventie in de toekomst zal verminderen. Tenslotte, een 'therapeutisch' bedoelde substitutie van oestrogenen heeft in de jaren volgend op de menopauze voorkeur boven andere vormen van behandeling, maar behoeft – evenals andere behandelingschema's – een gepreciseerde indicatie en een geïndividualiseerde verwachting, en de controle van het therapeutisch effect door een specialist.

LITERATUUR

- 1 Weinstein MC. Estrogen use in postmenopausal women. Costs, risks, and benefits. *N Engl J Med* 1980; 303: 308-16.
- 2 Cummings SR, Kelsey JL, Nevitt MC, O'Dowd KJ. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol Rev* 1985; 7: 178-203.
- 3 Elstein AS, Holzman GB, Raviteh M, et al. Comparison of physician's decisions regarding estrogen replacement therapy for menopausal women and decisions derived from a decision analytic model. *Am J Med* 1986; 80: 246-58.

O. L. M. BIJVOET

Leiden, mei 1986

Een te voorkomen neurologisch ziektebeeld

Met belangstelling heb ik de klinische les van Carpentier et al. (1986; 51-3) gelezen. Toch zou ik de nadruk willen afhalen van het belang van het bloedonderzoek bij deze patiënte. De nadruk zou ik veeleer willen leggen op het belang van een 'spotdiagnose'. Een gemiste directe diagnose kan de arts en de patiënt veel tijd en erger kosten. Bij het lichamelijke onderzoek wordt als laatste punt door de schrijvers het grauw-gele gelaat en een rode, gladde tong opgemerkt. Deze twee symptomen in combinatie met de andere bevindingen bij het lichamelijke onderzoek wijzen direct in de richting van de gecombineerde strengziekte op grond van een vitamine B₁₂-deficiëntie.

Bij deze patiënte had men al in eerste instantie tot een directe diagnose kunnen komen. Een algemeen bloedonderzoek plus

de bepaling van het vitamine B₁₂-gehalte in het bloed hadden de simpele bevestiging kunnen zijn van de diagnose à vue. Deze gelegenheid had niet mogen worden gemist.

A. J. KLIJN

Rotterdam, maart 1986

Patiënten met pernicieuze anemie hebben vaak een grauw-gele gelaatskleur, evenals een rode tong (de glossitis van Hunter). Deze symptomen zijn o.a. afhankelijk van de ernst van de anemie. Gelijkaardige verschijnselen kunnen echter ook voorkomen bij andere anemieën, zoals de rode tong die gezien wordt bij ijzergebrecanemie (trias van Plummer-Vinson). Genoemde symptomen zijn niet bewijzend voor een eventueel vitamine B₁₂-tekort. Hoogstens kunnen ze steun geven bij het stellen van die diagnose wanneer andere – hematologische of neurologische – afwijkingen eveneens in die richting wijzen. In zoverre heeft collega Klijn gelijk wanneer hij nog eens de aandacht vestigt op deze verschijnselen.

Wij verschillen meer fundamenteel van mening met collega Klijn wanneer het gaat over het belang van een zg. spotdiagnose. Dit houdt in dat op grond van enkele opvallende kenmerken direct tot een diagnose wordt besloten. Het gevaar van een dergelijk afgaan op, soms kleine, symptomen is dat men andere verschijnselen gaat negeren, op een verkeerd spoor raakt en geheel van het eigenlijke probleem afdwaalt. Een dergelijke lichtvaardige manier van denken kan ten nadele zijn van de patiënt. Eén van ons kreeg in zijn studietijd het volgende motto mee: 'De klinische blik van de dokter kan dodelijk zijn voor de patiënt.' Daar hebben wij ons aan gehouden.

Collega Klijn kan uit ons artikel lezen dat wij de grauw-gele gelaatskleur en de rode tong van patiënte zeker hebben onderkend – en dus niet gemist. De diagnose pernicieuze anemie hebben wij echter pas durven stellen op grond van het bloedbeeld en de vitamine B₁₂-spiegel van het bloed.

A. E. J. DE JAGER

Groningen, mei 1986

P. J. CARPENTIER

Boekaankondigingen

W.L.M. Kramer, *Specieel chirurgisch onderzoek*. 93 bl. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1983. Prijs: ingen. f 23,-.

Dit boekje is een handleiding bij de colleges over chirurgisch onderzoek aan de medische faculteit te Utrecht; een goed collegedictaat. Het zal studenten bij het volgen van dit onderwijs en bij hun co-assistentenschappen van nut kunnen zijn. Het ontbreken van illustraties, van verwijzingen naar literatuur over de behandelde onderwerpen en van aanwijzingen voor een juiste verslaglegging van de onderzoeksbevindingen maakt dat de uitgave slechts plaatselijk belang heeft.

A. J. P. M. OVERBEKE

Clinical immunology illustrated. Onder redactie van J.V. Wells en D.S. Nelson. 364 bl., fig., tabellen. Williams & Wilkins-ADIS, Sidney 1986 (voor Nederland: European Book Service, Weesp). Prijs: geb. \$ 45,-.

Dit uit Australië afkomstige boek is bedoeld om de medicus practicus een overzicht te geven over de huidige kennis op het gebied van de klinische immunologie; het is niet bedoeld voor de klinische immunoloog. In de eerste 3 hoofdstukken worden de immunologische basisbegrippen en laboratoriumtests behandeld. In de volgende 13 hoofdstukken, waarin steeds een orgaansysteem aan de orde komt, worden de diverse ziektebeelden behandeld, waarvan besproken worden: de klinische verschijnselen, de immunopathologie, de verschillende laboratoriumtests en tenslotte de therapie, die in algemene richtlijnen wordt aangegeven. Hier en daar is de keuze van ziektebeelden beperkt om overlap met andere specialismen te voorkomen; zo is het bloedgroepantagonisme achterwege gelaten. Overigens ontbreekt vrijwel een bespreking van principes en bruikbaarheid van de monoklonale antistoffen.

Dit boek is bruikbaar voor eerste oriëntatie en wegens de duidelijke schema's, tabellen en diagrammen. Na elk hoofdstuk wordt een lijst van referenties gegeven, die niet steeds uit de meest recente jaren komen.

E. A. ROBERTSON

J.P.W.F. Lakke, *Inleiding in de neurologie*. Structuur en functie van het zenuwstelsel in klinisch perspectief. 174 bl., fig. De Tijdstroom, Lochem 1985. Prijs: ingen. f 46,-.

Bouw en functie van het zenuwstelsel worden beschreven, met verwijzing naar de bekende syndromen en – in mindere mate – naar de ziekteleer. Na inleidende hoofdstukken komen aan de orde perifeer zenuwstelsel, ruggemerg, hersenstam, basale ganglia, cerebellum, grote hersenen en limbisch systeem. De illustraties van Douwe Bouter zijn zeer instructief. Er wordt vooral de nadruk gelegd op bewegingsobservatie en bewegingsstoornissen. Andere syndromen, zoals afasie en dementie, worden slechts zeer summier besproken.

Medische studenten kunnen deze inleiding gebruiken naast een leerboek waarin de ziekteleer wordt behandeld.

H. VAN CREVEL

F. van Ree en P. Esseveld, *Drugs*. De medische en maatschappelijke aspecten. 5e, geheel herziene druk. (Prisma pocket 1485.) 280 bl., fig., tabellen. Het Spectrum, Utrecht 1985. Prijs: ingen. f 14,90.

Dit succesvolle boekje is sedert 1971 aan zijn vijfde druk toe. Er zijn dan ook weinig voorlichtingswerken op dit gebied die voor een dergelijk bedrag zo'n overweldigende hoeveelheid goed gedocumenteerde informatie over het drugsprobleem in al zijn facetten bieden. Ik ken eerdere drukken niet, maar het is zonder meer duidelijk, dat aan dit boek buitengewoon veel zorg is besteed. Van de interpretatie van het junk-jargon tot en met de farmacologie van psilocybine, behandelingsmogelijkheden van heroïneverslaving en overheidspolitiek passeren de revue. De gegevens worden ondersteund door een groot aantal tot recentelijk bijgewerkte literatuurreferenties. Het is geen populaire voorlichtingsgids, maar het boek richt zich allereerst tot de artsen en andere hulpverleners. Mede gezien de aanpassing van de gegevens aan de Nederlandse situatie lijkt mij dit boekje vooral in de eerstelijns geneeskunde onmisbaar.

L. OFFERHAUS