

rechts tonen, dat er enige cerebrale atrofie bestond, waardoor compensatie voor het RIP mogelijk was, terwijl de verstreken sulci links erop wijzen, dat er aan die zijde toch compressie ontstaan was.

Het is goed dat er in Nederland nog eens op gewezen wordt, dat men bij voorbijgaande focale neurologische afwijkingen die op een cerebrale ischemische stoornis wijzen, moet onderzoeken of deze primair dan wel secundair is aan een andere aandoening, in het bijzonder aan een intracraniaal ruimtinnemend proces.

LITERATUUR

- 1 Drift JHA van der, Magnus O. Space occupying lesions in older patients. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1961; 64: 192-201.
- 2 Drift JHA van der, Magnus O. The EEG with space occupying intracranial lesions in old patients. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1962; 14: 664-73.
- 3 Mosmans PCM. Regional cerebral blood flow in neurological patients. Utrecht: 1974. Proefschrift.

J. H. A. VAN DER DRIFT
O. MAGNUS

Wassenaar, september 1986

Het door Van der Drift en Magnus in 1961 verrichte klinische, elektro-encefalografische en pathologisch-anatomische onderzoek verdient des te meer respect, daar het werd uitgevoerd in een periode dat de computertomografie nog niet tot de diagnostische mogelijkheden behoorde. De vraag hoe de voorbijgaande klinische verschijnselen bij een intracraniaal ruimtinnemend proces tot stand komen, blijft intrigerend, en kan ook door computertomografie niet beantwoord worden. Het lijkt er inderdaad op dat deze verschijnselen via ischemie zijn ontstaan, ook al zijn er andere verklaringen met een overigens veel minder sterke argumentatie. De besproken ziektegeschiedenis illustreert, dat ook al zijn zowel de klinische verschijnselen als de eraan ten grondslag liggende aandoening van voorbijgaande aard, de oorzaak toch een subduraal hematoom kan zijn.

J. J. VAN DER SANDE

Amsterdam, oktober 1986

Behandeling van renovasculaire hypertensie: operatie of dilatatie?

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van het artikel van de collegae Van Brummelen en Van Bockel betreffende de behandeling van renovasculaire hypertensie (1986; 1472-5). Hoewel wij de inhoud voor het overgrote deel kunnen onderschrijven, noopt het ons toch tot het maken van de volgende kanttekeningen.

Bij de beoordeling van de behandelingsresultaten van percutane transluminale angioplastiek (PTA) en van chirurgie wordt uitsluitend de bloeddrukrespons beoordeeld en wordt volledig voorbijgegaan aan de effecten op de nierfunctie. Het genoemde matige succespercentage van bijv. PTA bij atherosclerotische nierarteriestenose zou wellicht kunnen leiden tot een meer 'conservatieve' medicamenteuze behandeling. Zowel de atherosclerotische als de fibromusculaire vormen van nierarteriestenose zijn echter gekenmerkt door een progressief natuurlijk beloop (resp. circa 45% en circa 25%). Deze progressie leidt tot afname van de nierfunctie en de niergrootte aan de aangetaste zijde en bij atherosclerotische laesies in een niet onaanzienlijk percentage (ruim 10) zelfs tot volledige afsluiting van de nierarterie.^{1,2} Theoretisch lijkt interventie bij de behandeling van nierarteriestenose derhalve aanlokkelijk zowel ter verbetering van de nierfunctie als ter potentiële preventie van progressieve vernauwing en eventuele afsluiting. Hoewel de literatuur

ten aanzien van het effect van PTA op de nierfunctie moeilijk interpreteerbaar is, vermelden de meeste auteurs verbetering van niergrootte en (of) nierfunctie.^{3,4} Anderen trekken het nut van interventie in twijfel of vermelden zelfs verslechtering in een groot aantal van de behandelde patiënten.^{5,6} Bij onze eigen patiëntengroep werd een verbetering van de nierdoorbloeding en van de nierfunctie bij respectievelijk 2/3 en 1/3 van de patiënten gezien.⁷ Nader onderzoek zal moeten uitwijzen welke subgroepen het meeste profijt hebben van de verschillende behandelingsvormen.

In het artikel wordt de indruk gewekt, dat alleen patiënten die eveneens een grote (vaat)chirurgische ingreep kunnen doorstaan, in aanmerking komen voor PTA. Over het algemeen worden 5% geringe (meestal bloeding ter hoogte van de punctieplaats) en 5% grotere (meestal subintimale catheterpassage) complicaties in de literatuur vermeld.⁵ Bij 200 dilataties verricht door ervaren chirurgen bij ongeselecteerde patiënten (geen evaluatie en (of) correctie van cerebrovasculaire of cardiale afwijkingen!) werd uiteindelijk 2 maal nefrectomie verricht en kwam geen sterfte voor.⁸

Samenvattend:

- Potentiële nierfunctiepreservatie dient onze inziens betrokken te worden bij de indicatiestelling voor en de beoordeling van de behandeling van renovasculaire hypertensie.
- Hoewel het verrichten van PTA bepaalde risico's met zich meebrengt, is het de vraag of deze ingreep uitsluitend beperkt moet blijven tot de goede 'surgical risks'.
- Concentratie van en een zekere standaardisatie in de diverse behandelingsmethoden in grotere centra lijken onontbeerlijk voor de verbetering van de behandelingsresultaten, voor nadere bestudering van lange-termijnresultaten en daaruit voortvloeiend een betere definiëring van de optimale therapie voor de individuele patiënt.

LITERATUUR

- 1 Schreiber MJ, Fohl MA, Novick AC. The natural history of atherosclerotic and fibrous renal artery disease. *Urol Clin North Am* 1984; 11: 383-92.
- 2 Dean RH, Kieffer RW, Smith BM. Renovascular hypertension: Anatomical and renal function changes during drug therapy. *Arch Surg* 1981; 116: 1408-14.
- 3 Sos TA, Pickering TG, Sniderman K, et al. Percutaneous transluminal renal angioplasty in renovascular hypertension due to atheroma or fibromuscular dysplasia. *N Engl J Med* 1983; 309: 274-9.
- 4 Tegtmeier CJ, Teates CD, Crigter N, et al. Percutaneous transluminal angioplasty in patients with renal artery stenosis. *Radiology* 1981; 140: 323-30.
- 5 Fletchner SM. Percutaneous transluminal dilatation. A realistic appraisal in patients with stenosing lesions of the renal artery. *Urol Clin North Am* 1984; 11: 515-27.
- 6 Luft FC, Grim CE, Weinberger MH. Intervention in patients with renovascular hypertension and renal insufficiency. *J Urol* 1983; 130: 654-6.
- 7 Jong PE de, Zeeuw D de, Smit AJ, et al. The effect of transluminal dilatation of stenosed renal arteries on kidney function. *Neth J Med* 1983; 26: 266-70.
- 8 Sos TA, Pickering TG, Saddekni S, et al. The current role of renal angioplasty in the treatment of renovascular hypertension. *Urol Clin North Am* 1984; 11: 503-13.

T. K. KREMER HOVINGA
P. E. DE JONG

Groningen, augustus 1986

Wij danken de collegae Kremer Hovinga en De Jong voor hun kanttekeningen bij ons artikel. Hoewel wij het in grote lijnen met het commentaar eens zijn, geven wij gaarne een nadere toelichting. Het is wellicht niet geheel duidelijk uit de titel van het artikel dat wij ons hebben beperkt tot de bespreking van de

correctieve behandeling van renovasculaire hypertensie door middel van operatie of dilatatie. Wij zijn dus niet ingegaan op de hieraan voorafgaande keuze tussen conservatieve (medicamentuze) en correctieve behandeling. Alleen in het laatste geval speelt het effect van behandeling op de nierfunctie een belangrijke rol bij de overwegingen, hetgeen verklaart dat dit aspect niet werd besproken. Ten aanzien van complicaties van chirurgie ten opzichte van PTA het volgende.

Hoewel het uit de literatuur gebleken is dat PTA in ervaren handen veilig kan worden verricht, kan het door Kremer Hovinga en De Jong geciteerde complicatiepercentage toch niet worden onderschat. De belangrijkste complicatie is dissectie van de nierarterie met het gevaar van ischemische infarctering van de nier, welke met tijdig en adequaat chirurgisch ingrijpen voorkomen kan worden. De patiënt moet derhalve altijd voorbereid zijn op een eventuele operatie. Dit betekent overigens niet dat een grote groep patiënten a priori van behandeling

met PTA moet worden uitgesloten. De kans op operatiesterfte bij reconstructieve chirurgie die zich beperkt tot de nierarteriën (ook bij patiënten met arteriosclerose) is immers, ook naar onze eigen ervaring, niet hoger dan 1 tot 2%. Naarmate de ervaring met PTA toeneemt, zal de kans op complicaties (en de noodzaak tot chirurgisch ingrijpen) afnemen. De behandeling van patiënten met meerdere risicofactoren is dan gerechtvaardigd. Daar renovasculaire hypertensie relatief zeldzaam is en de resultaten van interventie duidelijk samenhangen met de mate van ervaring van het behandelende team kunnen wij het laatste punt van Kremer Hovinga en De Jong volledig onderschrijven. Daarbij is een goede samenwerking tussen nefroloog, radioloog en chirurg, zowel bij de indicatiestelling als bij het uitvoeren van de behandeling, een vereiste.

H. J. VAN BOCKEL
P. VAN BRUMMELEN

Leiden, oktober 1986

Mededelingen en bekendmakingen

Het risico van ziekte-overdracht via een inentingspistool bestaat

In mijn schrijven van 6 september 1985, GHI/INFZ. 190579 (dit tijdschrift 1985; 129: 1895) heb ik meegedeeld dat er geen aanwijzingen zijn dat vaccinatie met het inentingspistool risico's kan opleveren met betrekking tot de overdracht van pathogene micro-organismen. Sinds deze uitspraak hebben zich ontwikkelingen voorgedaan op grond waarvan het oordeel met betrekking tot het inentingspistool dient te worden herzien.

– In een door collega Brink en medewerkers uitgevoerd onderzoek werd overdracht van virus door middel van een inentingspistool van besmette naar niet-besmette muizen vastgesteld.¹ Dit onderzoek heeft internationaal veel belangstelling getrokken.

– Behalve dit laboratoriumexperiment bij proefdieren, is onlangs gebleken dat de toepassing van een inentingspistool in de Verenigde Staten aanleiding heeft gegeven tot een explosie van hepatitis B onder personen die menselijke choriongonadotrofine kregen toegediend.²

– In door de Wereldgezondheidsorganisatie samen met de UNICEF uitgegeven richtlijnen werd met betrekking tot het inentingspistool het volgende opgemerkt: "The use of jet injectors should be restricted to circumstances in which reusable or disposable equipment is simply not feasible because of the large number of persons to be immunized within a short period of time. Until further studies clarify the risks of disease transmission with injectors, general caution in their use is recommended."³

In de vergadering op 26 september 1986 van de Beraadsgroep Immunisatie van de Gezondheidsraad is naar aanleiding van het bovenstaande de toepassing van het inentingspistool uitvoerig aan de orde geweest. De Beraadsgroep Immunisatie is, na kennisneming van deze informatie,^{1,3} van oordeel dat het inentingspistool in ons land niet meer dient te worden gebruikt. Dit standpunt wordt door mij onderschreven.

LITERATUUR

- ¹ Brink PRG, Loon AM van, Trommelen JCM, Gribnau FWJ, Smale-Novakova IRO. Virus transmission by subcutaneous jet injectors. *J Med Microbiol* 1985; 20: 393-7.

- ² Center for Disease Control. Hepatitis B associated with jet gun injection. California. *MMWR* 1986; 35: 373-6.

- ³ WHO/EPI. WHO/UNICEF joint guidelines. Selection of injection equipment for the expanded programme on immunization. Ter perse.

de Geneeskundige Hoofdinspecteur
van de Volksgezondheid, voor deze
het hoofd van de afdeling
Infectieziekten,

DR. H. BIJKERK

Leidschendam, oktober 1986

Prof. dr. J. Goslings-prijs

In februari 1987 zal het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Rheumatologen op de wetenschappelijke vergadering van deze Vereniging de prof. dr. J. Goslings-prijs uitreiken. Voor de onderscheiding komen in aanmerking medische studenten, assistenten in opleiding en medisch-wetenschappelijke onderzoekers, bij voorkeur jonger dan 30 jaar. De prijs, bestaande uit een oorkonde en een geldbedrag, zal worden toegekend op grond van een op de reumatologie betrekking hebbend wetenschappelijk onderzoek, weergegeven in een academisch proefschrift of in een artikel in een wetenschappelijk tijdschrift.

Kandidaten worden verzocht hun publikatie – bij voorkeur in zesvoud – en een kort curriculum vitae vóór 1 december a.s. in te zenden aan de secretaris van het Consilium van de Nederlandse Vereniging van Rheumatologen, drs. A.C. van Vugt, Jan van Breemen Instituut, Dr. J. van Breemenstraat 2, 1056 AB Amsterdam.

Reissubsidie Stichting voor Gerontologie

De secretaris van de Stichting voor Gerontologie maakt bekend dat jaarlijks enkele reissubsidies van maximaal f 1000,- ter beschikking kunnen worden gesteld voor onderzoekers op het terrein van de medisch-biologische gerontologie.

Gegadigden wordt verzocht zich te richten tot de secretaris van de Stichting, dr. W.J.A. Goedhart, Willem de Zwijgerlaan 2, 2421 CA Nieuwkoop; tel. 01725-2817.