

verschil in de leeftijd van optreden van de bloeding. Het feit dat de ziekte in IJsland zich ca. 30 jaar eerder manifesteert, kan immers een weerspiegeling zijn van de hogere visconsumptie in dat land. Het zou interessant zijn om in de belaste families na te gaan of de (non-)penetrantie van deze genetische vaatafwijking afhankelijk is van de mate van visconsumptie.

LITERATUUR

- ¹ Goodnight Jr SH, Harris WS, Connor WE, et al. Polyunsaturated fatty acids, hyperlipidemia, and thrombosis. *Arteriosclerosis* 1982; 2: 87-113.

M. DRIJVER

D. KROMHOUT

Leiden, november 1986

Het schijnbaar exclusief voorkomen van deze autosomaal dominante aandoening in IJsland, Scheveningen en Katwijk heeft ons evenals de collegae Drijver en Kromhout zeer geïntrigeerd. Hoewel het in ons artikel niet naar voren is gekomen, zijn serieuze pogingen in het werk gesteld om het vóórkomen in andere dan de genoemde plaatsen na te gaan. Niettegenstaande voordrachten op internationale congressen van neurologen/neurochirurgen en op andere bijeenkomsten (Europa, Zuid-Amerika, Japan, etc.) en ondanks gerichte navraag, zijn er geen reacties geweest van buitenlandse collegae bij wie een dergelijk familiair optredend beeld bekend is. Vele plaatsen in de wereld zijn aan te wijzen waar en een hoge visconsumptie bestaat en de medische zorg een hoge standaard heeft. Voorts komt de aandoening eveneens voor in families, waarvan één der ouders of grootouders, uit onze Katwijkse families afkomstig is, en die zich elders in Nederland (en niet in andere kustplaatsen) hebben gevestigd. Overigens is een mogelijke samenhang tussen voedingsgewoonten, in casu hoge visconsumptie, en het manifest worden van het gen op verschillende leeftijden zeker niet uit te sluiten.

W. LUYENDIJK

G. TH. A. M. BOTS

M. VEGTER-VAN DER VLIS

L. N. WENT

Leiden, november 1986

INR: een internationaal geaccepteerde maatstaf voor de controle van orale antistollingsbehandeling

Eindelijk lijkt de invoering van een internationale standaard ter bepaling van het antistolniveau van met orale anticoagulantia behandelde personen een feit te gaan worden. Van den Besseelaar et al. beschreven in dit tijdschrift op heldere wijze de betekenis van de nieuwe internationale eenheid, de INR (1986; 1975-6). Zeer belangrijk is de zin uit dit artikel: 'De INR-schaal heeft de grote verschillen in therapeutische antistollingsintensiteit die in verschillende delen van de wereld bestaan en die (langdurige) orale antistollingsbehandeling veelal in diskrediet hebben gebracht, eindelijk duidelijk aan het licht gebracht.'

Ik wil hierbij gaarne onderstrepen dat niet alleen internationaal, maar ook nationaal grote verschillen aan het licht zullen komen. Het verheugt me dat dat zal gebeuren. Want antistollen is niet alleen in diskrediet geraakt door de vele methoden van bepaling van het antistolniveau en de daarbij gewenst geachte hoogten, maar vooral door het onvermogen deskundig te doseren. Prof. Loeliger heeft er bij voortduring op gehamerd dat slechts scherp antistollen binnen veilige grenzen de grote voordelen van antistollingsbehandeling als profylactische methode bij arteriële en speciaal ook coronaire aandoeningen volledig tot haar recht kan doen komen. Begonnen bij Jordan in diens rol van leider van de eerste trombose-dienst, heb ik al

sedert het begin van de jaren vijftig ervaringen opgedaan die Loeliger in het gelijk stellen. Al vele jaren krijg ik uit de resultaten van eigen dienst de indruk dat een gemiddelde dagdosering van 0,85 tablet bij een gemiddelde leeftijd van ruim 64 jaar en een gemiddelde INR van 3,9 overduidelijk aantoonde dat gepubliceerde cijfers over morbiditeit en mortaliteit van bijv. hartinfarcten veel somberder zijn dan de cijfers over onze patiënten. Het gelijk van die indrukken is voor een trombose-dienst moeilijk te bewijzen, omdat dubbelblind onderzoek door een dienst per definitie is uitgesloten en acuut sterven na staken van anticoagulantia even goed kan worden uitgelegd als kamerfibrilleren, aortaruptuur e.d. als door de waarschijnlijke oorzaak, een letaal recidief van een hartinfarct, daar obducties thuis nu eenmaal ongebruikelijk zijn.

De angst voor scherp doseren is begrijpelijk. Antistollen is een kunde, een vak, en geen kunst. Het is het bedrijven van pure wiskunde. Helaas bestaat er, bij mijn weten, geen leerboek over. Toch is het absoluut noodzakelijk dat heuristisch doseren, de methode van vallen en opstaan, van proberen, wordt vervangen door een mathematische. Mijn computerprogramma van 1971, dat nog in ongewijzigde vorm al 15 jaar lang alles doseert, bewijst dat het kan. Maar niet iedereen zal het er voor over hebben 270.000 protocollen te bestuderen en te herleiden tot wiskundige formules, zoals ik ondernam, alvorens het programma te kunnen schrijven.

Met het bovenstaande wil ik duidelijk maken dat de invoering van de INR slechts een heel klein stapje is tot het verbeteren van antistollingsbehandeling. De grote stap moet nog worden gezet: de verplichting tot goed doseren met welke gestandaardiseerde regels dan ook. Gezien het eigen monnikenwerk destijds vrees ik dat daarop nog vele jaren moet worden gewacht. Vervanging van Thrombotestijdten of protrombintijdten door INR-waarden zal een even gering effect hebben op de kunde van antistollen als de vervanging van een piano door een vleugel op een middelmatige leerling.

J. VISSER

Zwolle, november 1986

Claudicatio intermittens

Met de teneur van de klinische les van collega Van Vroonhoven (1986; 1345-8) zijn wij het in grote lijnen eens. De arts tot wie de patiënt zich met claudicatielachten wendt, moet zich steeds realiseren, dat atheromatose van de beenvaten een uiting is van een in de regel algemene atheromatose, waarbij die van de coronaire en cerebrale vaten het belangrijkste is. De levensverwachting van de patiënt met claudicatio intermittens wordt bepaald door de mate waarin de coronaire en cerebrale vaten door atheromatose zijn aangetast. De terughoudendheid bij de behandeling van de ongecompliceerde claudicatio intermittens, die Van Vroonhoven voorstaat, ondersteunen wij dan ook van harte. Het bevreedt ons echter, dat Van Vroonhoven ten aanzien van de stenose in de A. iliaca in 2 achtereenvolgende zinnen vermeldt, dat percutane transluminale angioplastiek (PTA) volgens Dotter 'slechts in uitzonderingsgevallen mogelijk is' en dat de korte stenose in het iliacale traject 'betrekkelijk zelden voorkomt'. Het is niet duidelijk waarop zijn mening is gebaseerd. Van de 4 door hem ten tonele gevoerde patiënten hadden patiënten C en E een stenose in de A. iliaca, en op grond van de door hem bij patiënt B vermelde gegevens mag worden verondersteld, dat in beide Aa. iliaca een stenose bestond, die later een occlusie is geworden, het uiteindelijke 'lot' van een stenose.

Van de door Breslau en Jörning wegens claudicatio behandelde 128 benen bleken er 95 een stenose te hebben en 33 een occlusie (1986; 1358-60). Blijkens een enquête onder alle Nederlandse radiologen zijn er in 1983 772 patiënten met PTA

behandeld wegens een stenose in de A. iliaca en in 1985 1320. In 1985 waren er 9 ziekenhuizen waarin meer dan 25 stenosen in de A. iliaca werden gedilateerd, waarvan in 4 ziekenhuizen meer dan 50; dat wil zeggen gemiddeld 1 per week. De voor PTA in aanmerking komende stenose van de A. iliaca komt dan ook aanzienlijk vaker voor dan Van Vroonhoven blijktens zijn uitlatingen veronderstelt.

Als wij bij een patiënt een stenose van de A. iliaca vermoeden, zijn wij thans eerder geneigd over te gaan tot angiografisch onderzoek om de obstructieve afwijking in beeld te brengen. Wij menen ook minder terughoudend te hoeven zijn met dit onderzoek, omdat met de huidige methode in geoefende handen nauwelijks van enig risico kan worden gesproken. Indien een stenose in de A. iliaca wordt gevonden, wordt deze de volgende dag gedilateerd en is de patiënt na 3 dagen weer thuis, dus inclusief diagnostiek en therapie. Het resultaat op de lange termijn van de PTA van stenosen in de A. iliaca is zeer goed.^{1,2}

De bevindingen van Hoyneck van Papendrecht en Van Bemelen (1986; 1360-4) zijn belangwekkend. De kanttekening die ik daarbij zou willen maken is, dat een dergelijke langdurige en intensieve training niet nodig is bij patiënten met een geïsoleerde stenose in de A. iliaca die op eenvoudige en voor de patiënt weinig belastende wijze kan worden behandeld met PTA. Eveneens achten wij het van belang om bij een meer-etage-afwijking te allen tijde een stenose van de A. iliaca transluminaal te dilateren om de instroomdruk te verhogen.

Terecht stelt Van Vroonhoven, dat het belangrijk is om al in een vroeg stadium de vraag te beantwoorden of actieve, dat wil zeggen reconstructieve, therapie op zijn plaats is. Hoewel als zodanig niet door hem bedoeld menen wij, dat dit 'vroeg stadium' het stadium is van de stenose en wij denken voldoende argumenten te hebben om een daarvoor in aanmerking komende hemodynamisch belangrijke stenose in de A. iliaca vrijwel altijd en zo spoedig mogelijk met PTA te behandelen.

LITERATUUR

- ¹ Erp WFM van, Krepel VM. Percutane transluminale angioplastiek van bekken- en beenarteriën. Maastricht, 1985. Proefschrift.
- ² Anel GJ van, Erp WFM van, Krepel VM, et al. Percutaneous transluminal dilatation of the iliac artery: long-term results. *Radiology* 1985; 156: 321-3.

G. J. VAN ANDEL

Eindhoven, september 1986

Collega Van Anel heeft grote verdiensten voor de ontwikkeling van de percutane transluminale angioplastiek (PTA) en het is daarom van belang zijn visie te vernemen. Een visie die eigenlijk nauwelijks van de onze verschilt.

Hij vraagt zich af waarop onze mening dat de stenose van de A. iliaca die voor PTA geschikt is betrekkelijk zelden voorkomt, is gebaseerd. Dat gebeurt op grond van cijfers uit de eigen kliniek, uit een afdeling die positief staat tegenover het gebruik van PTA; van 304 patiënten met zodanige aorto-iliacale afwijkingen dat zij voor reconstructie in aanmerking kwamen, was dat bij 31 (10%) mogelijk door middel van PTA.¹ Of 10% betrekkelijk zelden dan wel regelmatig voorkomend genoemd moet worden is meer een kwestie van persoonlijke visie. Wij zijn het in ieder geval volledig met collega Van Anel eens – en lieten dat in ons artikel ook duidelijk blijken – dat operatieve behandeling van de korte stenose in de A. iliaca zelden meer nodig is en dat PTA onder die omstandigheden de procedure van keuze is.

LITERATUUR

- ¹ Blankensteijn JD, Vroonhoven ThJ van, Lampmann L. Role of percutaneous transluminal angioplasty in aorto-iliac reconstruction. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1986; 27: 466-8.

TH. J. M. V. VAN VROONHOVEN

Tilburg, september 1986

Epidemiologische mededelingen

Onderzoek op antistoffen tegen humaan immunodeficiëntievirus in Amsterdam en Rotterdam

TH. VAN DER HELM, A. BECKERINGH, J. HUISMAN EN R. A. COUTINHO

INLEIDING

Sinds juli 1985 worden in Nederland alle bloeddonaties onderzocht op antistoffen tegen het humane immunodeficiëntievirus (HIV), de verwekker van AIDS. Al eerder was aan bloeddonoren die behoorden tot de AIDS-risicogroepen verzocht zich op vrijwillige basis als donor terug te trekken. Deze maatregel bleef ook na de invoering van de antistof-test van kracht, omdat bekend is dat iemand die kort tevoren geïnfecteerd is gedurende

enkele weken tot maanden HIV in zijn bloed kan hebben, terwijl antistoffen nog niet aantoonbaar zijn. De vrees bestond dat een aantal gezonde personen uit de AIDS-risicogroepen zich na de invoering van het onderzoek op antistoffen bij de bloedbanken zouden gaan aanmelden om op deze wijze serologisch te worden gecontroleerd. Om dit te voorkomen werd bij wijze van proef in Amsterdam, Rotterdam en Arnhem een speciaal onderzoeksprogramma opgezet, waar mensen tegen een geringe vergoeding op HIV-antistoffen konden worden nagekeken. Tevens zou men ervaring kunnen opdoen met het omgaan met de HIV-antistof-test in de gezondheidszorg. De gang van zaken is als volgt.

Tijdens een dagelijks telefonisch spreekuur kan men een afspraak maken voor een bezoek. In een kort telefoongesprek wordt gevraagd wat de reden is voor het gewenste bloedonderzoek. Soms blijkt dan dat de angst

GG en GD Amsterdam, Sector Volksgezondheid en Milieu, Postbus 20244, 1000 HE Amsterdam.

Th. van der Helm, sociaal verpleegkundige; dr. R. A. Coutinho, medisch microbioloog.

GGD, afd. Infektieziekten en Hygiëne, Rotterdam.

A. Beckeringh, sociaal verpleegkundige; prof. dr. J. Huisman, sociaal geneeskundige.

Correspondentie-adres: dr. R. A. Coutinho.