

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

62-15r. Osteoporosis and its treatment. *Fernbach, J. (1962) Gerontologia Clinica 4, 257.*

Evenals Nordin — (1962) *Gerontologia Clinica 4, 19* — in een artikel over problemen der osteoporose, meent ook Fernbach, dat de osteoporose een afwijking is die moet worden beschouwd als een ziekte waarvoor ouderen gevoeliger zijn dan jongeren. Het is dus niet als een normaal verouderingsproces op te vatten. Nordin neemt aan, dat een langdurige negatieve calciumbalans de oorzaak van de osteoporose is. Onbegrijpelijk is dan echter het ontbreken van verbetering na toediening van extra calcium. De nuttige invloed van calcium zien wij wel bij osteomalacie, die door vele auteurs gelijktijdig met osteoporose wordt besproken, doch hiervan beter gescheiden kan worden gehouden. Hebben wij bij osteoporose te maken met een endocrien bepaalde verandering in de eiwitmatrix van het bot, bij de osteomalacie is er een storing in het mineralenmetabolisme. Het is bekend, dat beide ziektebeelden vaak gecombineerd voorkomen en daardoor verarring stichten.

De eerste klachten van de patiënt met osteoporosis zijn veelal pijn in de rug en de extremiteiten, waarna een kyfose kan optreden. Röntgenologisch is de diagnose pas te stellen, wanneer 20 tot 30 procent van het calcium uit het bot is verdwenen; alleen de botbiopsie kan een vroege diagnose opleveren. Wordt na intraveneuze toediening van calcium en vitamine D, calcium vastgelegd, dan pleit dat voor osteomalacie. Neemt een hypercalciurie af na toediening van anabole stoffen, dan is osteoporose waarschijnlijk. Geeft men de patiënt gedurende zes weken 25 mg Duraboline per week, en wordt daarbij niet vergeten de patiënt te mobiliseren, dan is verbetering veelal evident. Ondersteunende behandeling met analgetica, massage, baden, een hard bed en eventueel tijdelijk een slap corset, mag eveneens in het behandelingschema niet ontbreken. Dr H. P. Akkerman.

62-37. Oesophageal atresia: tracheo-oesophageal fistula, a study of survival in 218 infants, *Waterston, D. J., R. E. Bonham Carter en E. Aberdeen (1962) Lancet I, 819.*

De 218 neonati met oesofagusatresie, die de schrijvers tussen 1946 en 1960 zagen en die allen op één na werden geopereerd, zijn het onderwerp van deze analyse. Bij ruim 85 procent bestond een blind eindigende oesofagus met een fistel van de trachea naar de cardia. Bij negen procent bestond deze fistel niet, en de resterende 6 procent was verdeeld over vijf zeldzame vormen van deze afwijking. Deze anomalieën zijn onverenigbaar met het leven, en de overlevingskans is dus een chirurgische aangelegenheid, waarbij de volgende factoren van belang blijken:

De techniek; nadat in 1941 voor het eerst een succesvolle operatieve correctie was bekroond met het behoud van het leven van de baby, daalde de mortaliteit in de loop der jaren tot een percentage tussen de 40 en 50, een percentage dat in hoge mate afhankelijk blijkt van andere, onderstaande factoren.

Het geboortegewicht; de sterfte in de groep baby's met een geboortegewicht van minder dan 1800 gram is 90 procent, boven 2500 gram bedraagt deze 40 tot 50 procent.

De aanwezigheid van andere congenitale afwijkingen draagt in hoge mate bij tot een slechte overlevingskans. Als ernstige afwijkingen gelden onder andere atresieën elders in het darmkanaal, transpositie van de grote vaten, nierafwijkingen, en een gecombineerd voorkomen van matig ernstige afwijkingen, zoals hazelip, verhemeltespleet, atriumseptumdefect, open ductus Botalli en anomalieën aan de ledematen.

Al deze omstandigheden beschouwend komen de schrijvers ertoe de overlevingskans aldus te becijferen:

Groep A geboortegewicht boven de 2500 gram en gezond: 95 procent.

Groep B 1 geboortegewicht tussen 1800 en 2500 gram en gezond; 2 hoger geboortegewicht, met niet ernstige pneumonie en congenitale afwijkingen van matige ernst: 68 procent.

Groep C 1 geboortegewicht minder dan 1800 gram; 2 hoger geboortegewicht, met ernstige pneumonie en ernstige congenitale afwijkingen: 6 procent.

In de praktijk blijkt het weinig moeilijkheden te geven een neonatus onder „A” te kwalificeren. Bij het waarderen van „matig” of „ernstig” is de onzekerheid groter, en dienovereenkomstig het stellen van de prognose.

A. J. M. Daniëls.

62-41. What the public thinks of the familydoctor; folklore and facts. *Cahal, J. (1962) G. P. (Kansas) 25, 146.*

De „American Academy of General Practice” heeft een opinieonderzoek laten instellen door een onafhankelijke instelling. In dit artikel worden de uitslagen van dit onderzoek kort besproken. Ondervraagd werden 535, zorgvuldig uitgezochte personen. Dit aantal is voldoende om tot een verantwoorde conclusie te komen (hoogstens drie procent variatie is mogelijk).

Enkele uitkomsten zijn: driekwart van de bevolking vindt de beschikbare geneeskundige hulp voldoende, slechts vier procent vindt ze onvoldoende. Opvallend is dat de „initiators”, de mensen die publieke opinie sterk beïnvloeden, voor bijna 90 procent tevreden zijn. Klachten hadden 46 procent; de klacht dat de medische hulp te duur was, werd slechts door 18 procent geuit. Verreweg de meeste mensen (74 procent) hadden lovende woorden voor de dokters die hen hadden behandeld. Drie van de vier mensen roepen in geval van ziekte de huisarts (general practitioner), 14 procent roept een specialist. Drie van de vijf mensen kennen hun dokter al langer dan vijf jaar. Drie van de tien waren de laatste vijf jaar van dokter veranderd en dan meestal door verhuizing en dergelijke. Bij de acht procent die uit ontevredenheid veranderde, was een neiging om van een huisarts naar een specialist over te gaan.

Interessant zijn de redenen, die de dokterskeus bepalen: Doet absoluut alles om je weer beter te maken (62%); grondig en geduldig in het uitleggen van diagnose en behandeling (42%); up-to-date in diagnose en behandeling (40%); beantwoordt aan het speciale vertrouwen dat je in hem stelt (25%); weet hoe met je en je familie om te gaan als je ziek bent (18%); geeft het volle pond voor wat hij je laat betalen (14%).

De kosten spelen dus bijna nooit een rol en een goede „bedside manner” is minder belangrijk dan kundigheid. De meeste mensen (63 procent) beschouwen de voldoening, die de dokter ondervindt bij zijn werk als het belangrijkste voor hem en slechts 19 procent meent dat financiële winst de voornaamste drijfveer van de dokter is. Toch is meer dan 80 procent van mening dat dokters behoorlijk voor hun werk moeten worden betaald en dat hun een goed inkomen toekomt en dat het beter is dat de mensen zelf hun dokter betalen dan dat de belastingen worden verhoogd om de dokters een salaris te geven. Het publiek blijkt meer geïnteresseerd in de kundigheden van een arts dan in zijn onzelfzuchtigheid. Wanneer het gezinsinkomen hoger wordt is men meer geneigd zich tot een

specialist te wenden. De gemiddelde Amerikaan heeft maar een vaag besef van wat de verschillende specialismen inhouden.

Ook een aantal artsen-specialisten en huisartsen werd onderzocht; hoewel deze opinies zich moeilijk lenen voor een kwantitatieve bewerking, komt het rapport toch tot enkele conclusies, onder andere is men het eens over een toenemende behoefte aan huisartsen in de komende jaren. Het kernpunt van de controverse tussen huisartsen en specialisten schijnt de beoordeling van „Family-centered medicine” te zijn.

De belangrijkste conclusies uit het opinieonderzoek zijn: Men wenst wel steeds verbetering maar in de grond is men tevreden met de Amerikaanse geneeskunde; driekwart van het publiek roept in eerste instantie zijn huisarts als het hulp nodig heeft en voelt, dat goede geneeskundige zorg een huisarts als middelpunt heeft; goed ingelichte mensen wensen een betere geneeskunde en zijn bereid daarvoor te betalen; het publiek is tevreden met het „fee-for-service”-systeem; het publiek eist in de eerste plaats deskundigheid van de huisarts.

Het belangrijkste probleem op het gebied van public-relations in de geneeskunde is verbetering van het groepsbeeld; men is niet tevreden met de geneeskunde, maar de eigen dokter staat altijd in hoog aanzien.

(Vanzelfsprekend gelden deze conclusies alleen voor de Verenigde Staten, waar de huisarts een andere positie bekleedt dan in Nederland. Toch zou een dergelijke studie ook bij ons interessante gegevens kunnen opleveren. De A.A.G.P. is een fel tegenstander van de pogingen van president Kennedy om, althans voor de bejaarden, te komen tot een uitgebreidere overheidsbemoeiing inzake geneeskundige hulp — (1962) *Medisch Contact* 17, 495 — zodat een — misschien onbewuste — tendens aan dit onderzoek niet vreemd is - ref.)

J. G. Antvelink

62-42. Psychophysiological gastro-intestinal reactions: Therapeutic observations. *Mc Hardy, G., D. Browne, R. J. Mc Hardy, G. E. Welch en S. S. Ward. (1962) Postgrad. Med. 31, 346.*

Het maag darmkanaal is bijzonder gevoelig voor functionele stoornissen, wat begrijpelijk is geworden door moderne onderzoekingen die hebben aangetoond, dat emotionele oorzaken een bijzonder grote invloed hebben op de vele verrichtingen van het maag darmstelsel. Bij elke ziekte, functioneel of organisch, is een emotionele component in het spel. In veel gevallen is deze een gevolg van het organische lijden, maar in andere gevallen speelt ze een belangrijkere rol en is in feite de primaire oorzaak. Men spreekt dan gewoonlijk van een functionele aandoening, waarbij geen organische afwijkingen zijn te vinden of structurele veranderingen pas secundair optreden. De voorstelling: conflict—angst—onderdrukking—symptomen is te simplistisch. De belangrijkste factoren zijn aan de ene kant de kwaliteit van het individu, zijn vermogen emotionele conflicten al of niet adequaat te verwerken en aan de andere kant de kwantiteit van het trauma, welke bepaald wordt door de ernst, de hevigheid en de duur van het conflict. Beide factoren zijn tot op zekere hoogte te meten.

Bijzonder gepredisponeerd voor het ontwikkelen van functionele stoornissen is de neurasthene persoonlijkheid, waarvan de schrijvers de volgende definitie citeren: „iemand die een emotionele reactie vertoont van neurotische aard, vooral gekenmerkt door symptomen van emotionele vermoeidheid, zwakte en uitputting, gevoelens van onvermogen, prikkelbaarheid en zwak concentratievermogen en door aanwezigheid van verschillende fysische, psychologische en emotionele uitingen”.

Gastro-intestinale stressreacties kunnen zich voordoen als geïsoleerde symptomen maar ook in de vorm van typische syndromen, die organische afwijkingen min of meer kunnen nabootsen. Hiervan worden genoemd: anorexia nervosa, chronische dyspepsie, oesofagospasmus, gastroduodenale neurose, galwegneurose, spastische ileus, colonneurosen en angina intestinalis.

De diagnostiek vereist in de eerste plaats een nauwkeurig onderzoek om organische afwijkingen, en wel in het bijzonder maligniteit uit te sluiten. Wanneer bij een eerste onderzoek geen organische afwijkingen worden gevonden is het raadzaam dit na enige tijd te herhalen. Bij een naonderzoek, on-

geveer 14 jaar later, van 235 patiënten, die werden beschouwd te lijden aan functionele maag darmklachten bleek in 13,7 procent toch organische afwijkingen te zijn opgetreden, waaronder zeven gevallen van maligniteit.

De behandeling dient geïndividualiseerd te zijn. Psychotherapeutische maatregelen als geruststelling, inzicht geven, zonodig verandering van levenswijze en andere, vereisen een actieve belangstelling van de therapeut. Het voorschrijven van diëten leidt ertoe, dat de patiënt zich nog meer bezighoudt met zijn klachten en is dan ook alleen aangewezen in bijzondere gevallen, zoals duidelijke idiosyncrasie en bij oesofagospasmus het vermijden van zeer hete of koude spijzen en onvoldoende gekauwd voedsel. Als regel is een zoveel mogelijk normaal dieet het beste.

Een voorzichtig gebruik van medicamenten kan veel goed doen. Hiervoor komen in de eerste plaats in aanmerking sedativa en tranquillizers.

Antispasmodica en anticholinergica kunnen goede adjuvantia zijn. Fysische therapie in de vorm van hete baden kan er toe bijdragen de patiënt te ontspannen.

J. G. Antvelink.

62-44. Detection of occult blood in feces. *Raich, J. J. (1962) Postgrad. Med. 31, A34.*

Gedurende de laatste tien jaar is er slechts één principieel nieuwe methode ontwikkeld voor het opsporen van occult bloed in de faeces. Bloed van de patiënt wordt daartoe met radioactief chroom gemerkt en weer ingespoten. Radioactiviteit van de faeces wijst op bloedverlies in het maag darmkanaal.

Het onderzoek met de bekende reagentia benzidine of guajac blijft nog steeds van waarde. Een ideale reactie moet voldoende gevoelig zijn om kleine hoeveelheden bloed aan te tonen, maar weer niet zo gevoelig dat de spoortjes bloedkleurstof, die in de ontlasting van iedereen te vinden zijn meereageren. Ze moet specifiek zijn en dus niet positief worden door bestanddelen van het voedsel of geneesmiddelen en tenslotte moet ze eenvoudig zijn uit te voeren.

Bloed in het maag darmkanaal ondergaat hemolyse en het hemoglobine wordt afgebroken tot Fe-houdende porfyrienen en heem. Voor een deel wordt dit geresorbeerd en voor een wisselend deel omgezet door darmflora. Hierdoor is het begrijpelijk dat bij een kleine bloeding in de maag, de proef met benzidine of guajac soms negatief uitvalt. Benzidine en guajac zijn kleurloze stoffen, die in zuur milieu, bij aanwezigheid van een peroxyde-splitsend enzym geoxydeerd worden tot blauw of blauwgroen gekleurde stoffen. Heem katalyseert deze reactie.

De benzidineractie volgens Adler is zeer gevoelig en geeft in ongeveer 70 procent een positieve uitkomst in de faeces van gezonde mensen, die een normaal dieet volgen. Deze positieve reactie wordt veroorzaakt door het gebruikte vlees. Daar vis en vogelgele geen invloed op de reactie hebben is het slechts nodig gedurende drie dagen geen rood vlees of bloedrijke organen (lever, nier) te gebruiken. Enzymen uit leukocyten en het voedsel kunnen onschadelijk worden gemaakt door de faecessuspensie te koken. Men moet rekenen met één à twee procent vals-negatieve uitslagen. Een bruikbare modificatie is de reactie op filtreerpapier in plaats van in een reageerbuis.

Guajac is minder gevoelig en kan dan ook worden gebruikt zonder voorafgaand dieet. Het aantal vals-negatieve uitslagen is drie tot zes procent. Ook hier is de reactie met filtreerpapier eenvoudiger.

Benzidinedihydrochloride ligt, wat gevoeligheid en bruikbaarheid betreft tussen beide in.

Over Hematest spreken de beoordelingen in de literatuur elkaar tegen.

Vooral bij verdenking op carcinoom is het raadzaam de proef enkele keren te herhalen; een tumor bloedt niet voortdurend. IJzer en ijzervzouten reageren niet met benzidine of guajac (wel kan door een blauwgekleurde ijzer-tannine verbinding, die in de darm kan ontstaan, de reactie onduidelijk worden, in welk geval men een zuur etherextract van de faeces onderzoekt).

Tenslotte worden in dit artikel de verschillende technieken beschreven.

J. G. Antvelink