

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

65-13. Anticoagulants after myocardial infarction. *Leading article.* (1964) *Brit. med. J.* II, 831.

Hoewel langdurige behandeling met anticoagulantia bij myocardinfarct reeds meer dan vijftien jaren wordt toegepast zijn de meningen over de waarde van deze vorm van therapie nog steeds verdeeld. In dit artikel wordt verwezen naar een referaat van de Medical Research Council in hetzelfde nummer van dit tijdschrift, een in 1959 opgenomen referaat van dezelfde onderzoekers en verder naar onderzoeken gedaan in Scandinavië, Canada en Australië. Bij deze onderzoeken was de voornaamste vraag of de overlevingsduur na een infarct bij behandeling met een hoge dosis anticoagulantia langer was dan bij behandeling met een lage dosis. Verder vergeleek men de kans op recidief van het infarct bij beide groepen en tenslotte of er verschil bestond tussen de beide seksen.

Het resultaat van deze zorgvuldig opgezette onderzoeken is dat er wel een klein verschil is tussen beide groepen wat betreft de overlevingsduur, en wel ten voordele van de groep, die met een hoge dosis werd behandeld, dat wil zeggen waarvan de protrombintijd op een hoge waarde werd gehouden, doch dat dit verschil zeker niet statistisch significant was.

Wel was er statistisch significant verschil aantoonbaar wanneer men de kans op reïnfarcering in ogenschouw nam. De kans daarop was in de groep met de lage doses anticoagulantia, dus met de kortere protrombine-tijd, duidelijk hoger dan in de andere groep.

Hoewel het aantal vrouwen, dat een hartinfarct had door-gemaakt bij dit onderzoek niet groot was, valt toch op dat het schijnt alsof therapie met anticoagulantia bij vrouwelijke hartinfarct-patiënten geen enkel nuttig effect heeft. Ook bij vroegere onderzoeken was dit merkwaardige feit reeds opgemerkt.

Een andere vraag is: „Indien langdurige behandeling met anticoagulantia waarde heeft, hoelang moet men er dan mee doorgaan?” Er zijn aanwijzingen uit deze en andere onderzoeken dat het nuttig effect van anticoagulantia het beste kan worden geconstateerd in de eerste maanden na het infarct, maar dat bij het voortschrijden van de tijd de verschillen tussen de twee groepen, wat betreft sterftekans en optreden van een nieuw infarct vervagen. De mogelijke foutenbronnen bij het trekken van deze conclusie zijn in het onderzoek van de Medical Research Council onder ogen gezien en geëlimineerd.

Tenslotte werden bij dit onderzoek de patiënten, die met hoge doses anticoagulantia waren behandeld verdeeld in twee groepen, namelijk in een groep, die met dezelfde hoge doses bleef doorgaan en een groep, bij wie in de loop van drie weken de hoge doses werden vervangen door lage. Beide groepen werden gedurende dertig maanden vervolgd. Het resultaat was dat men na twee jaar geen baat heeft te verwachten van voortzetting van de therapie met anticoagulantia en dat er geen bijzonder gevaar is verbonden aan het staken van deze therapie na twee jaar.

In een goed opgezet Amerikaans onderzoek, dat nu zeven jaar loopt, vindt men zelfs geen enkel verschil in sterftekans tussen wel of niet met anticoagulantia behandelde patiënten (zie in dit tijdschrift referaat 65-08). Uit dit alles kan men de voorzichtige conclusie trekken dat een man, die hersteld is van de directe gevolgen van een myocardinfarct voor de daaropvolgende twee jaar een betere prognose heeft, wanneer hij met anticoagulantia wordt behandeld en wel met zodanige doses, dat de protrombintijd belangrijk wordt verlengd, (hoeveel verlengd staat niet vermeld - ref.) en wel vooral wanneer hij jonger is dan 55 jaar. Zijn kansen op het ontlopen van verdere infarcering zijn dan belangrijk beter, maar na die aanvangsperiode wordt de prognose kennelijk niet meer beïnvloed door al dan niet staken van de therapie.

Waar de voordelen van deze vorm van therapie zo betrekkelijk gering zijn, klemmen de nadelen des te meer. Gelukkig vallen die blijkens de publikaties nogal mee, maar opgemerkt moet worden dat die publikaties uit klinieken komen, waar men gewend is met deze middelen om te gaan. Wanneer deze vorm van therapie echter meer gemeengoed wordt zullen de gevaren zeker gaan meetellen.

Samenvattend kan men zeggen, dat de manlijke jonge patiënt het beste gebaat is bij deze therapie en dat men hem twee jaar lang moet behandelen. Zolang nog niet met zekerheid is bewezen dat het geen nut heeft is het, gezien onze huidige kennis, goed ook de oudere manlijke patiënten even lang te behandelen. Het heeft echter geen zin vrouwen een langdurige anticoagulantia-behandeling te geven.

L. J. Bastiaans

65-20. Menopause und klimakterische Symptome. *Prill, H. J.* (1964) *Münch. med. Wschr.* 106, 2246.

Vanuit de verloskundige universiteitskliniek te Würzburg werd door steekproef-onderzoek bij duizend vrouwen in de leeftijd van 45-55 jaar uit de plattelandsbevolking om Würzburg, een onderzoek ingesteld naar het zogenaamde climacterisch symptomcomplex. Het zijn dus geen klinische of poliklinische patiënten, maar een aantal, door steekproef genomen vrouwen uit de bevolking. De leeftijdsopbouw loopt ongeveer parallel met de geboortejaargangen, maar bij de 45-48-jarigen is er een klein verschil tengevolge van de oorlogsjaren 1914-1918. Van de onderzochten was 77,5 procent getrouwd en 18,3 procent weduwe. Eenderde der vrouwen was in de landbouw werkzaam, eenderde elders en eenderde in de huishouding. In vergelijking met de doorsnee-bevolking waren er bij deze duizend iets te veel werkende vrouwen.

Als climacterisch symptomcomplex wordt in vele boeken opgegeven: opvliegingen, zweetbuien en duizelingen, benevens zogenaamde vegetatieve symptomen. Om te beginnen is nu nagegaan in hoeverre opvliegingen, zweetbuien en duizelingen als een gevolg van het uitblijven der menstruatie zijn te beschouwen. Congesties komen niet alleen in het climacterium voor, maar ook bij een insufficiëntie van het ovarium, bij premenstruele dystonie (Rockenschaub) en als psychisch equivalent in het schaamrood. Uit het onderzoek bleek, dat in het preclimacterium in 32 procent af en toe en in 13,5 procent dagelijks opstuwingen werden gevonden. Na intrede der menopauze blijft het percentage van af en toe een opvlieging ongeveer gelijk, maar het percentage dat dagelijks last heeft, stijgt tot 37 procent en na vijf jaar zelfs tot 42 procent. Het maximum der totale opstuwingen ligt het hoogst, drie jaar na het intreden der menopauze. Opstuwingen zijn dus langaanhoudende symptomen met een statistisch maximum drie jaar na de laatste bloeding.

Zweetbuien vertonen bijna eenzelfde beeld. Voor de menopauze klagen 14,5 procent reeds van dagelijkse hinder; na het intreden der menopauze stijgt dit tot 30 procent, na twee tot drie jaar tot 38 procent en na vijf jaren nog 34 procent. Eenderde deel der vrouwen blijft verschoond van dit euvel.

Duizelingen vertonen een minder typische samenhang met de menopauze. Voor de overgang gaf 33 procent der vrouwen te kennen af en toe last te hebben; 14,5 procent dagelijks en zelfs meermalen daags. Na het intreden der menopauze stijgt dit percentage wel iets, terwijl ook hier weer twee jaar na de menopauze een top wordt bereikt, vooral wat betreft de erge duizelingen.

Al met al blijkt dit climacterisch symptomcomplex wel een correlatie te hebben met de menopauze, maar het is eigenlijk meer een climacterisch syndroom tussen menopauze en senium in.

De schrijver heeft ook nagegaan hoe deze drie verschijn-

selen zich onderling verhouden. Meer dan de helft der vrouwen met opstuwingen heeft ook zweetbuien en duizelingen. Uitsluitend duizelingen in 27 procent; uitsluitend zweetbuien in 11 procent. Het was bovendien ook al uit andere onderzoeken bekend dat duizelingen op deze leeftijd bij vrouwen en mannen vrijwel dagelijks voorkomen.

Aan de hand van een puntenwaardering wordt getracht een indeling te maken naar de ernst der climacterische klachten. Geen zweetbuien of duizelingen één punt, af en toe zweetbuien of duizelingen twee punten, dagelijks een of tweemaal een zweetbui of duizeling drie punten, dagelijks meer dan twee zweetbuien of duizelingen vier punten. Voor opstuwingen werden volgens dezelfde indeling het dubbele aantal punten gegeven. Op deze manier zijn vier groepen gemaakt. Groep één, tot vijf punten; groep twee, zes tot acht punten; groep drie, negen tot elf punten en groep vier, meer dan elf punten. Volgens deze indeling hadden 31,5 procent van de vrouwen tussen 45 en 55 jaar geen climacterische klachten (groep één), 34 procent lichte symptomen (groep twee), 20 procent duidelijke symptomen (groep drie) en 14 procent sterke symptomen (groep vier). Vooral het aantal vrouwen met sterke symptomen (groep vier) toont een duidelijke toename bij 54 tot 55 jaar, dus enige jaren na het intreden der menopauze.

Bij dit onderzoek is ook nagegaan hoe de correlatie is van de climacterische symptomen tot, vaak in de menopauze genoemde, nevensymptomen. Het blijkt dat bij de vrouwen met sterke climacterische klachten (groep vier) statistisch significant vaker wordt geklaagd over een dof gevoel of paraesthesieën in de handen, over hoofdpijn en over depressieve en angstige stemmingen. Ook werd nagegaan of vrouwen met organische en functionele hart- en vaatziekten en reuma, meer climacterische klachten hadden. Het is gebleken, dat inderdaad vrouwen met deze ziekten in het climacterium een procentsgewijs hoger aantal sterke climacterische klachten vertonen, terwijl bijvoorbeeld dit van vrouwen met maag- en darmziekten niet kon worden aangetoond.

Tenslotte werd nog de correlatie tussen beroep en climacterische klachten nagegaan. Een grote moeilijkheid hierbij bleek vooral de grote verscheidenheid in beroepen en vooral ook de vraag, of er naast het hoofdberoep toch nog niet enkele andere bezigheden worden verricht. Bovendien betrof het hier een onderzoek bij een plattelandsbevolking, waarvan naar verhouding veel landbouwers-vrouwen werden geënquêteerd. Wat hier wel significant naar voren kwam was, dat sterke climacterische klachten vooral optreden bij vrouwen in de huishouding of bij vrouwen, die naast de huishouding nog andere werkzaamheden doen.

Al met al een onderzoek dat veel feitenmateriaal heeft opgeleverd, maar daarnaast vele vragen onbeantwoord heeft moeten laten.

M. Reyerse.

Boekbesprekingen

S. Geller. Gids voor Geboorteregeling. De Koepel, Roosendaal, 1964. 74 bladzijden, prijs f 5,50.

Dit uit het Frans vertaalde boekje — eigenlijk is er meer sprake van een brochure — waarvan de oorspronkelijke titel luidt „La température guide de la femme”, is gericht op een eenvoudig lekenpubliek dat gebruik wil maken van de temperatuurmeting bij de geboorteregeling.

Het boekje levert kritiek op de methode van Ogino-Knaus en gaat vrijwel alleen af op de temperatuurverschillen, die in de loop van de cyclus optreden, ter bepaling van de ovulatie-datum. Na een heldere theoretische inleiding met veel herhalingen volgen veel voorkomende voorbeelden van cycli (korte cyclus, lange cyclus, onregelmatige cyclus, cyclus zonder ovulatie) die aan vrijwel ieder een zeker houvast geven. Daarnaast geeft de schrijver een schema aan dat de vrouw kan gebruiken voor het vastleggen van alle andere symptomen naast de temperatuurschommeling, die zij bij zichzelf waarneemt. Hierdoor kan zij zich door de medicus die daar

belangstelling voor heeft laten begeleiden, hetgeen referent, vooral in het begin van het aanwenden van deze methode, van veel belang voorkomt. Het boekje past in een huisartsbibliotheek voor patiënten.

K. G. Brühl

Th. Berkvens, e.a. M.O.B. in beweging. Uitgeverij Het Spectrum, Utrecht, 56 bladzijden, prijs f 2,25.

In de serie Geestelijke Volksgezondheid werd deze brochure onder de redactie van Dr. C. J. B. J. Trimbos uitgegeven. Zij bevat vier voordrachten die tijdens de jaarlijkse studiedagen van het Centrum van Katholieke M.O.B.'s werden gehouden. Deze lezingen werden door 2 psychiaters en 2 psychologen gehouden als inleiding tot een discussie die aan het eind van elk hoofdstuk ook kort is samengevat. Hierbij werden problemen aangesneden die ook buiten de M.O.B.-sfeer belangrijk zijn. Zo behandelt Hustinx in zijn lezing „Isolatie of integratie” het probleem van de vele geïsoleerde instanties die in de sector van de geestelijke volksgezondheid werkzaam zijn. Dit kan leiden tot versplintering van krachten en energieverspilling bij de medewerkers, alsmede tot verkeerde verwijzing van de arts, die niet wegwijs gemaakt werd in de doolhof van de verschillende instanties, die op het gebied van de geestelijke volksgezondheid werkzaam zijn. Naast bundeling van de verschillende activiteiten op het terrein van de sociale gezondheidszorg wordt een pleidooi gehouden voor een medische opleiding die van begin af aan meer gericht is op de sociale, psychologische en psychiatrische aspecten van de mens.

In zijn voordracht „Het onbehagen in de staf” behandelt Berkvens het probleem van de samenwerking van vertegenwoordigers van verschillende specialismen, verschillende disciplines, academici en niet academisch geschoolden, in groepsverband. Zijn betoog dat het voor het werk in stafverband noodzakelijk is een goed inzicht te krijgen in de mogelijkheden van anderen en in de eigen beperkingen en dat ieder teamlid in zijn specifiek werk moet functioneren als een representant van de groep, heeft geldigheid voor elk werk in teamverband. Daarom lijkt mij deze brochure nuttig voor diegenen die geïnteresseerd zijn in de geestelijke volksgezondheid, maar ook voor diegenen die belang stellen in projecten die het werken in teamverband noodzakelijk maken.

H. G. Frenkel-Tietz

Trevor H. Howell. Geriatrie, inleiding en gids. Vertaald door J. W. S. Verdenius-van Dijk, arts. Stafleu's wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij, Leiden, 1965. 154 bladzijden, prijs f 17,50.

In zijn voorwoord deelt de schrijver mede dat hij zijn boek vooral heeft geschreven voor de jongere huisarts en dat het berust op materiaal gedurende twintig jaar verzameld in het ziekenhuis en in zijn particuliere praktijk. Zijn opzet is die ziekten te bespreken die aan het eind van het leven veel voorkomen en aan te geven hoe deze het best te behandelen zijn. Het boek bevat, systematisch gerangschikt, talloze goede observaties en waardevolle adviezen voor het herkennen en begrijpen van allerlei stoornissen die men bij bejaarden kan aantreffen. Ook de meer ervaren arts zal er nog veel in kunnen vinden waarmee hij zijn voordeel zal kunnen doen.

Voor zover er maatschappelijke problematiek in wordt behandeld berust deze op Engelse toestanden, die overigens weinig verschillen van de Nederlandse. Verder blijkt telkens dat het beloop van de ouderdom, in zijn geheel genomen, in belangrijke mate bepaald wordt door de wijze waarop men zijn jongere jaren heeft doorgebracht. Voor de preventie van vele moeilijkheden van de oude dag lijkt het mij dat reële mogelijkheden, in dit licht gezien, nog ongebruikt blijven. Hierover wordt in dit boek echter maar weinig meegedeeld.

Het lijkt mij de moeite waard dit boek, dat zeer goed is vertaald, aan te schaffen.

H. A. M. Ruhe