

**Osteoporose, fracturen en andere traumata**

**Van den Bosch en Van Weel geven in hun artikel een overzicht van de leeftijd- en geslachtsverschillen in het vóórkomen van fracturen en andere traumata. Vrouwen op latere leeftijd lopen meer fracturen op dan mannen, maar ook andere traumata komen bij hen frequenter voor. De fracturen zijn te verklaren als complicaties van osteoporose, maar dat zou niet gelden voor de andere traumata. Daarvoor suggereren de auteurs een andere oorzaak.<sup>1</sup>**

Op de gepresenteerde gegevens en de daaraan ontleende conclusies is het een en ander op te merken.

Osteoporose kan kernachtig worden geformuleerd als: het brozer worden van het bot door kalkverlies. Globaal gesproken zijn er twee vormen van osteoporose te onderscheiden:

- osteoporose van het corticale bot; de gevolgen hiervan komen vooral in het perifere skelet tot uitdrukking: fracturen van radius, ulna, humerus en femur;
- osteoporose van het trabeculaire bot; de gevolgen hiervan komen vooral in het axiale skelet tot uitdrukking: impressie-fracturen van vooral de laag thoracale wervels.<sup>2</sup>

De gevolgen van osteoporose voor het perifere skelet - de fracturen van de pijpbeenderen, - kunnen geteld worden en daardoor kan ook de vrouw/man-ratio worden bepaald. De gevolgen van osteoporose voor het axiale skelet worden echter niet zichtbaar in incidentiegegevens. Het inzakken van wervels, het verlies van lichaamslengte en het ontstaan van de versterkte thoracale kyfose, waardoor de pathognomische gebogen houding van bejaarden met osteoporose ontstaat, zijn geleidelijke processen. Het aantal keren dat de diagnose wervelfractuur wordt gesteld, is dan ook maar een fractie van het feitelijk aantal ingezakte wervels. Naast *silent infarctions* maken bejaarden ook *silent infractionen* door.<sup>3</sup>

Een parameter voor de progressie van osteoporose van het axiale skelet in een populatie kan zijn: het verlies aan lichaamslengte voorbij een bepaalde leeftijd, eventueel het kleiner worden van de ratio lichaamslengte/armspanwijdte. Deze parameters zijn nauwkeuriger dan de fractuurfrequentie.<sup>4</sup> Duidelijk zal zijn dat de axiale component van de osteoporose een grotere bijdrage levert aan de invalidering van de patiënt. Fracturen van het perifere skelet genezen veelal ad integrum, infractionen van de wervels hebben blijvende consequenties. Een van die consequenties is het verlies van mobiliteit van de wervelkolom. Er ontstaan fixaties en myogene contracturen. Dit komt tot uitdrukking in een

verlies aan bewegingsmogelijkheden. Bij vallen is er daardoor een slechtere valtechniek met ernstiger gevolgen dan bij mensen die leniger zijn gebleven. Deze samenhang tussen osteoporose van het axiale skelet en functieverlies van de wervelkolom met als gevolg een slechte valtechniek geeft een voor de hand liggende verklaring voor het grotere aantal andere trauma's bij bejaarde vrouwen. Dit geldt met name voor distorties en commoties.

De suggestie in de laatste alinea van de auteurs dat vrouwen op oudere leeftijd nog steeds wankel trapjes beklimmen om de ramen te lappen, terwijl mannen van die leeftijd zich steeds meer van dergelijke werkzaamheden zullen onthouden, is niet onderbouwd met argumenten. Zou de emancipatiegedachte bij bejaarden zo weinig ingang hebben gevonden?

Ik zou deze suggestie willen amenderen. Vrouwen op oudere leeftijd worden vaker ten onrechte voor hoge bloeddruk behandeld dan hun mannelijke leeftijdgenoten. Ze hebben dan ook vaker last van de gevolgen daarvan in de vorm van orthostatische collapsklachten, onder andere bij het beklimmen van trapjes.<sup>5</sup> Dit komt ook tot uitdrukking in de ongevalsstatistiek.

A.J.B.I. Sips

<sup>1</sup> Van den Bosch W, Van Weel C. Leeftijd- en geslachtsverschillen bij fracturen en andere traumata. Huisarts Wet 1989; 32: 246-8.

<sup>2</sup> Riggs BL, Wahner HW, Dunn WL, Mazess RB, et al. Differential changes in bone mineral density of the appendicular and axial skeleton with aging. J Clin Invest 1981; 67: 328-35.

<sup>3</sup> Lindquist O, Bengtsson C, Hanson T, Jonsson R. Changes in bone mineral content of the axial skeleton to aging and the menopause. Scand J Clin Lab Invest 1983; 43: 333-8.

<sup>4</sup> Johnston CC, Norton J, Khairi MRA, Kernek C. Heterogeneity of fracture syndromes in postmenopausal women. J Clin Endocrinol Metab 1985; 61: 551-6.

<sup>5</sup> Bertel O, Marx BE, Conen D. Effects of antihypertensive treatment on cerebral perfusion. Am J Med 1987; 82: 29-36.

**Naschrift**

In het betreffende artikel hebben wij de verschillen willen beschrijven tussen de geslachten wat betreft het voorkomen van fracturen en andere traumata in de verschillende levensfasen. Niet veel meer dan dat. Een van onze bevindingen was dat vrouwen op oudere leeftijd niet alleen meer fracturen presenteren, maar ook andere traumata als een distorsie, commotio, verbranding of een ander klein trauma. Wij hebben gedacht dat wij daarbij, zeer voorzichtig, de veronderstelling konden uiten dat, naast osteoporose, ook andere factoren een rol zouden

kunnen spelen. De suggestie van Sips over de slechtere valtechniek van vrouwen op basis van functieverlies door osteoporose is daarbij nog even speculatief als het trapje dat wij als voorbeeld ten tonele voerden.

Gezien de totale omvang van het probleem lijkt verder onderzoek naar de oorzaken van de gevonden verschillen van groot belang. De aanvulling van Sips zou hierbij een van de ingangen kunnen zijn.

W. van den Bosch

**Zwangerschapstest**

Naar aanleiding van het artikel van Roumen en Muyrers<sup>1</sup> kan ik meedelen dat onze zwangerschapstest sinds begin 1989 enkele kleine wijzigingen heeft ondergaan. De test is met één stap vereenvoudigd en de verpakking van de testvloeistof en het lyofilisaat is verbeterd. De 'oude' test die in het artikel wordt beschreven, is niet meer in de handel.

Inmiddels is er ook een fotofolder beschikbaar bij de test waarin de informatie uit de bijsluiters wordt toegelicht.

Mw. H. Prins, apotheker,  
Samenwerkende Apothekers Nederland bv.

<sup>1</sup> Roumen FJME, Muyrers JGG. De zwangerschapstest voor thuisgebruik. Een evaluatie van vijf nieuwe 'doe het zelf'-tests. Huisarts Wet 1989; 32: 249-51.

**Naschrift**

Zoals beschreven in ons artikel werden de vijf onderzochte zwangerschapstests via de farmaceutische groothandel verkregen in november 1988. Het verheugt ons te vernemen dat de nieuwe SAN-test nu een aantal kleine wijzigingen heeft ondergaan van die onderdelen, waarin de oude test naar ons oordeel te kort schoot.

Dr. F.J.M.E. Roumen, gynaecoloog

**Alternatieve behandelingswijzen (II)**

De brief van Bakx e.a.<sup>1</sup> verontrustte mij, zoals dat heet. Met welk recht proberen collega's toch van tijd tot tijd - ik herinner me een artikel met dezelfde strekking in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* door een groep Groningse klinici - om hun 'reguliere' opvatting van wetenschap op te leggen aan alle leden van onze beroepsgroep? Is de duidelijkheid er mee gediend? Mogelijk, maar zeker ook polarisering en isolement.

Ik vind het juist stimulerend – voor mij, mijn collega's en mijn patiënten – dat het in deze tijd mogelijk is, bijvoorbeeld voor mij als antroposofisch arts, samen te werken op voet van gelijkheid in een waarneemgroep, deel te nemen als huisartsopleider aan een toetsingscursus, en zelfs een keer uitgenodigd te worden een inleiding te houden in een NHG-groep. Ik denk dat dit wederzijdse verworvenheden zijn, die recht doen aan de groeiende pluriformiteit in ons vak, en die de kwaliteit ervan, zeker voor de 'doelgroep' onze patiënten, kunnen verhogen. En denkt van de ondertekenaars van bedoelde brief werkelijk iemand, dat een serie artikelen als over de effecten van acupunctuur in hetzelfde nummer niet met ongeveer gelijklopende uitkomst ('de werkzaamheid mag zeker niet als bewezen worden beschouwd') kan worden geschreven over het effect van pakweg antibiotica of fysiotherapie in de huisartspraktijk?

Kortom: ik blijf me graag terecht lid van het NHG en 'alternatief' arts voelen, en ik neem graag deel aan een open gedachtenwisseling daarover.

L. Beukman,  
huisarts te Den Haag

<sup>1</sup> Bakx K, Bongers F, Van den Bosch W, e.a. Alternatieve behandelingswijzen [Ingezonden]. Huisarts Wet 1989; 32(7): 277-8.

#### Naschrift

De achtergrond van ons schrijven is niet om onze 'reguliere' opvatting op te leggen aan anderen, maar om duidelijkheid te krijgen over het wetenschappelijk kader van de huisartsgeneeskunde, gezien vanuit het Genootschap. Als onze brief goed gelezen wordt, blijkt dat wij niet verontrust worden door het functioneren van alternatief werkende collegae, maar door de toenemende druk om recepten van alternatieven mede te ondertekenen, door maatregelen om niet geregistreerde geneesmiddelen toch in het pakket op te nemen, en door het beleid van vestigingscommissies die eisen stellen aan kandidaten op het gebied van alternatieve geneeswijzen. Wij komen daarmee in opstand tegen het aanleggen van verschillende normen.

Collega Beukman spreekt van een groeiende pluriformiteit in ons vak. Wij kunnen dit geen positieve ontwikkeling noemen. Het ontstaan van een verscheidenheid aan huisartsgeneeskundige winkeltjes kan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als zodanig ondermijnen. De relatie met de klinische tweedelijns geneeskunde zal in ieder geval zeer verwarrend worden.

Met het Standaardenbeleid spreekt het Genootschap zich uit over het wetenschappelijk

kader van de huisartsgeneeskunde. Huisartsgeneeskundige methoden dienen open te staan voor wetenschappelijk onderzoek. Van vele van deze methoden is de werkzaamheid onvoldoende onderzocht. Dit moet een uitdaging zijn en geen excuus. Als van de werkzaamheid van antibiotica even weinig was vastgesteld als van de werkzaamheid van acupunctuur, zou dat een goede reden zijn om met het voorschrijven van antibiotica te stoppen. Indien acupunctuur een wetenschappelijk onderbouwde positieve werkzaamheid zou hebben bij bepaalde indicaties, zou er reden zijn deze methode in het 'reguliere' pakket op te nemen.

Voor verontrusting is zo geen enkele reden meer.

W. van den Bosch  
E. van de Lisdonk

## DOCUMENTATIE SERVICE

Veel huisartsen die het vak verlaten, zullen hun oude jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* van de hand willen doen. Anderzijds zijn er beginnende huisartsen die geïnteresseerd zijn in overname van oude jaargangen. De redactiecommissie wil in dezen een bemiddelende rol spelen. Huisartsen die oude jaargangen hebben aan te bieden, en huisartsen die geïnteresseerd zijn in overname van oude jaargangen, kunnen zich *schriftelijk* wenden tot het redactiesecretariaat: Postbus 14015, 3508 SB Utrecht; beide partijen worden dan met elkaar in contact gebracht. De redactiecommissie gaat er daarbij van uit dat voor een dergelijke overname niet meer behoefte te worden betaald dan de verzendkosten. Overigens aanvaardt de redactiecommissie generlei aansprakelijkheid voor de transacties die uit haar bemiddeling mochten voortvloeien.

### Reisverslag Japan 1989

**Verslag van J.D. Mulder Dzn, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden.**

Driehonderd jaar geleden ontstonden de officiële banden tussen Nederland en Japan. Wij allen leerden hierover iets bij de geschiedenis. Doch in Japan is dit een veel belangrijker fenomeen, daar zij 250 jaar alleen door China en Nederland contact met de buitenwereld onderhielden. Dit voorrecht is ons land gegeven omdat wij geen poging deden de Japanners tot het christendom te bekeren. Behalve de handelsinvloed is daarbij in die periode de medische invloed groot geweest. Immers, alle westerse geneeskunde kwam via de scheepsartsen die enige tijd in Decima verbleven, Japan binnen. In die periode werden ook vele Nederlandse boeken, vooral op het gebied van de geneeskunde en de technologie, in het Japans vertaald (Erasmus en Boerhaave). Verschillende van deze scheepsartsen zijn later naar Nederland teruggekeerd. Nog steeds worden bijvoorbeeld in Japan met bijzondere waardering de namen genoemd van Von Siebold en Pompe van Meerdervoort. Het meest uitgesproken heb ik dit gezien tijdens het bezoek dat wij in Osaka brachten aan de oude Nederlandse school, waar Japanse studenten Nederlands leerden en vervolgens soms in Nederland medicijnen studeerden.

#### Medisch symposium

Bij deze herdenking werd vanwege de bijzondere geneeskundige banden ook een medisch symposium georganiseerd. Eerst één dag in Tokio – medisch historisch – en vervolgens drie dagen in Osaka. In Osaka werd wederom aandacht besteed aan de medische geschiedenis, maar verder ook aan orgaantransplantaties, immunologie en toekomstverwachting. Tenslotte was de derde dag in Osaka gewijd aan 'aging in sound health'. Deze dag was, in tegenstelling tot de voorgaande dagen, ook open voor het publiek.

Van Nederlandse zijde spraken deze zondag Van der Heuvel uit Groningen met sociologische gegevens over het verouderingsproces in Nederland, en Mulder met de visie van de Nederlandse huisarts op oud worden in goede gezondheid. Het was een vrij merkwaardig symposium, omdat van Japanse zijde naast een arts verder een aantal televisiepersoonlijkheden en schrijvers het woord voerden. Hierdoor werd het een heel hybride bijeenkomst.

#### Primary health care in Japan

In Japan bestaan geen huisartsen. De primary health care wordt uitgeoefend door internisten,