

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23890>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

van een kortere ziekenhuisopname en een minder goede medische zorg, verslechtert. In een prospectief onderzoek ging Tartter na of de prognose van 341 patiënten die een curatieve chirurgische ingreep wegens colorectaal carcinoom ondergingen, verband hield met het postoperatieve verblijf in het ziekenhuis.¹ Tevens werd onderzocht of factoren die het postoperatieve verblijf in het ziekenhuis beïnvloedden een effect hadden op de prognose.

In een multivariate analyse bleek dat patiënten die langer dan 11 dagen (mediaan) in het ziekenhuis waren opgenomen, meer complicaties hadden vaker linkszijdige hemicolectomieën en resecties met het aanleggen van een colostoma hadden ondergaan, ouder waren en peroperatief meer bloed hadden verloren dan patiënten die korter dan 11 dagen waren opgenomen. Het Dukes-stadium, het postoperatieve verblijf in het ziekenhuis en het ondergaan van een bloedtransfusie hadden een onafhankelijk verband met de ziektevrije overleving. De patiënten die korter dan 11 dagen in het ziekenhuis waren opgenomen, hadden een 5-jaars ziektevrije overleving van 77%, vergeleken met 60% voor de patiënten die langer dan 11 dagen waren opgenomen.

De hypothese dat een kortere ziekenhuisopname leidt tot

slechtere resultaten op lange termijn na een chirurgische ingreep wegens colorectaal carcinoom wordt op grond van de uitkomsten van dit onderzoek verworpen. Er werd juist een betere langetermijnoverleving gevonden, indien het postoperatieve verblijf in het ziekenhuis korter was. Het verband tussen de duur van de ziekenhuisopname en de prognose kon niet worden toegeschreven aan factoren die de duur van de ziekenhuisopname beïnvloedden.

In een begeleidend commentaar wordt het waarschijnlijk geacht dat er geen directe relatie tussen het postoperatieve verblijf in het ziekenhuis en de prognose is, maar dat een aantal niet gemeten variabelen (zoals immunosuppressie en subtiele verschillen in het ziektestadium die in de Dukes-stadiëring niet tot uiting komen) gezamenlijk zowel het postoperatieve verblijf in het ziekenhuis als de prognose bepalen.²

LITERATUUR

¹ Tartter PI. Postoperative stay associated with prognosis of patients with colorectal cancer. *Ann Surg* 1996;223:351-6.

² Bland KI. Postoperative stay associated with the prognosis of patients with colorectal carcinoma. *Ann Surg* 1996;223:349-50.

F.C.DEN BOER

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

De poortwachtersfunctie van de huisarts onderzocht met verwijzingen en verwijskaarten

Naar aanleiding van het artikel van Meyboom-de Jong et al. (1996;1499-504) zou ik willen opmerken dat de terugverwijskaart mij niet noodzakelijk lijkt. Allereerst zal het aantal patiënten van medisch specialisten de komende jaren dermate toenemen dat zij uit zelfbehoud zullen gaan terugverwijzen naar de huisarts. Daarbij adviseer ik alle huisartsen die patiënten terugverwezen willen hebben, te zorgen voor een goed persoonlijk contact met de specialisten. Eén telefoontje is dan voldoende om patiënten verder lijden in een ziekenhuispoli te besparen.

R.MOL

Hoogvliet, juli 1996

De gedachte achter de terugverwijskaart was: symmetrie aanbrengen tussen verwijzen uit de huisartsgeneeskundige zorg naar specialistische zorg en vice versa. Een poortwachter bepaalt wie binnenkomt; met een terugverwijskaart krijgt de zorgverzekeraar er ook zicht op wie het instituut van specialistische zorg weer verlaat. Het brengt de partners in de transmurale communicatie in een meer symmetrische positie. Maar, zoals ook Van Dijk betoogt: bureaucratische rompslomp schept problemen, en is geen garantie voor een oplossing.¹ In ieder geval zouden wij graag nog eens met Van Dijk van gedachten wisselen over het opzetten van een onderzoek met als vraagstelling welke patiënten blijven hangen in overbodige specialistische controle. Dergelijk onderzoek kan de doelmatigheid van de zorg van huisarts en specialist zeker ten goede komen.

LITERATUUR

¹ Dijk PCM van. Terugverwijzen naar de eerste lijn? *Ned Tijdschr Geneeskd* 1996;140:1488-9.

B.MEYBOOM-DE JONG

Groningen, augustus 1996

Fatale hartritmestoornis na toediening van suxamethonium aan een kraamvrouw die achteraf dystrophia myotonica bleek te hebben

De casuïstische mededeling van Rozendaal en Ruprecht laat duidelijk zien hoe verraderlijk het ziektebeeld van dystrophia myotonica ofwel de ziekte van Steinert kan zijn (1996;1317-9). Een ogenschijnlijk gezonde kraamvrouw kreeg een fatale hartritmestoornis na toediening van een depolariserend spierverlappend middel, suxamethonium. Bij obductie werden geen afwijkingen vastgesteld. DNA-onderzoek van de overledene werd niet verricht.

Bij het kind ontstond het vermoeden van een neuromusculaire stoornis vanwege de opvallende hypotonie, de typische tentmond, de redresseerbare klompvoeten en de respiratoire insufficiëntie met hoogstand van het diafragma zonder pulmonale afwijkingen. De diagnose 'dystrophia myotonica congenita' werd door middel van DNA-onderzoek bij het kind bevestigd. In de beschouwing stellen de auteurs dat de overledene draagster moet zijn geweest van deze genetische afwijking, omdat transmissie van deze autosomaal dominante aandoening altijd plaatsvindt via de moeder. Deze conclusie is echter onvolledig.

Dystrophia myotonica kan, evenals andere autosomaal dominante aandoeningen, worden overgebracht door zowel vader als moeder. Klinisch wordt gewoonlijk onderscheid gemaakt tussen de congenitale en de niet-congenitale vorm. De niet-congenitale vorm kent 3 subtypen. De congenitale vorm van dystrophia myotonica wordt bijna uitsluitend aangetroffen wanneer de moeder drager is. Door expansie van het gen van generatie op generatie is de fenotypische expressie van dystrophia myotonica bij volgende generaties ernstiger, wat de verschillende klinische subtypen verklaart. Dit verschijnsel wordt 'anticipatie' genoemd. Overigens kan de door de auteurs genoemde mentale retardatie bij de laat-volwassen vorm beter als 'dementering' worden omschreven.

Gezien zowel de aard en de ernst van het klinische beeld van het kind, het verhaal van de bevalling als de - achteraf - posi-

tieve familieanamnese kan worden geconcludeerd dat de overerving via patiënte moet hebben plaatsgevonden. Uit de stamboom blijkt dat een oudtante van patiënte (een zuster van de grootmoeder van moeders zijde) dystrophia myotonica had. Een andere oudtante (eveneens zuster van genoemde grootmoeder) had een zoon met bewezen dystrophia myotonica. Hij overleed in 1977 ten gevolge van een hartstilstand enkele dagen na een operatie. Onduidelijk is waarom destijds geen uitgebreid familieonderzoek werd verricht.

De vraag rijst of het overlijden van de moeder te vermijden was geweest. Tot op zekere hoogte moet deze vraag bevestigend worden beantwoord. Pas nadat de vrouw was overleden, vertelde de vader van de overledene dat de ziekte van Steinert in de familie van zijn vrouw voorkwam. Zijn echtgenote, een obligate mutatie draagster, had ook ooit een probleem met een narcose gehad. Mede gezien de positieve familieanamnese had destijds gericht familieonderzoek kunnen plaatsvinden en was mogelijk de diagnose 'dystrophia myotonica' eerder bij patiënte gesteld, waardoor dit dramatische overlijden had kunnen worden voorkomen. De casus illustreert het belang van intensieve samenwerking tussen klinisch geneticus, gynaecoloog, kinderarts en anesthesioloog bij dergelijke complexe problematiek.

H.I.J. WILDSCHUT
S. VERHOEF
J.L.A.M. SCHILDER
B.C.J. HAMEL

Rotterdam, augustus 1996

Wij danken de collegae Wildschut, Verhoef, Schilder en Hamel voor hun aanvullingen op onze casusbeschrijving. Bij het schrijven van deze casuïstische mededeling was het primair onze bedoeling de anesthesiologische aspecten van deze zaak te belichten. Het door hen genoemde verschijnsel 'anticipatie' was in deze familie niet overduidelijk aanwezig. Drie opeenvolgende generaties, grootmoeder, moeder en patiënte zelf, hadden geen van alle symptomen van de ziekte. De mededeling dat de moeder van de overledene een probleem met de narcose heeft gehad, is een te vage aanduiding en bewijst geen oorzakelijk verband met deze spierziekte. Vandaar onze opmerking: 'Deze ziekte kenmerkt zich door een grote variabiliteit in expressie binnen families en vooral tussen verschillende generaties, waardoor de ziekte nogal eens niet wordt gediagnosticeerd.'

F.W. ROZENDAAL
J. RUPREHT

Amsterdam, augustus 1996

Gunstige effecten van hormonale substitutietherapie in de menopauze op risicofactoren voor ischemische hartziekten

Collegae Kastelein en Hamerlynck adviseren de indicatie voor postmenopauzale hormoonsubstitutie ter preventie van ischemische hartziekten voorlopig te beperken tot vrouwen die reeds een coronaire hartziekte (CHZ) hebben (1996;476-7). Naar onze mening zijn er echter zwaarwegende argumenten om ook bij postmenopauzale vrouwen met niet van insuline afhankelijke diabetes mellitus (NIADM; diabetes mellitus type II) oestrogeensuppletie te overwegen. In onderzoeken waarin men vrouwen met en zonder NIADM vergeleek met betrekking tot sterfte ten gevolge van CHZ kwam men tot een relatief risico voor NIADM variërend van 3,5 tot 11,7.¹⁻³ Het versterkt en vroegtijdig voorkomen van manifestaties van atherosclerose bij NIADM wordt deels verklaard door een sterke clustering van cardiovasculaire risicofactoren ('insulineresistentiesyndroom').

De auteurs geven reeds aan dat combinatietherapie de glucose- en insulinespiegels nauwelijks beïnvloedt (PEPI-onderzoek).⁴ Hieraan kan worden toegevoegd dat Manson et al. geen verhoging van de incidentie van NIADM zagen bij oestrogeensuppletie gedurende 9 jaar en dat oestrogenen van het type en in de dosering die bij postmenopauzale substitutie gebruikelijk zijn, zelfs tot verbetering van de insulinegevoeligheid leidden.^{5 6} De afweging samen met patiënte om al dan niet over te gaan tot hormoonsubstitutie is in de praktijk allerm minst eenvoudig, doordat met onzekerheden rond een eventueel verhoogd risico van borstkanker rekening gehouden moet worden.⁷ Tevens dienen leefstijladviezen en indien nodig medicamenteuze interventie gericht op hypertensie en lipidestoornissen besproken te worden.

LITERATUUR

- ¹ Pan WH, Cedres LB, Liu K, Dyer A, Schoenberger JA, Shekelle RB, et al. Relationship of clinical diabetes and asymptomatic hyperglycemia to risk of coronary heart disease mortality in men and women. *Am J Epidemiol* 1986;123:504-16.
- ² Barrett-Connor E, Wingard DL. Sex differential in ischemic heart disease mortality in diabetics: a prospective population-based study. *Am J Epidemiol* 1983;118:489-96.
- ³ Kuusisto J, Mykkänen L, Pyörälä K, Laakso M. NIDDM and its metabolic control predict coronary heart disease in elderly subjects. *Diabetes* 1994;43:960-7.
- ⁴ Manson JE, Rimm EB, Colditz GA, Willett WC, Nathan DM, Arky RA, et al. A prospective study of postmenopausal estrogen therapy and subsequent incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Ann Epidemiol* 1992;2:665-73.
- ⁵ Barrett-Connor E, Laakso M. Ischemic heart disease risk in postmenopausal women. Effects of estrogen use on glucose and insulin levels. *Arteriosclerosis* 1990;10:531-4.
- ⁶ Lindheim SR, Presser SC, Dittkoff EC, Vijod MA, Stanczyk FZ, Lobo RA. A possible bimodal effect of estrogen on insulin sensitivity in postmenopausal women and the attenuating effect of added progestin. *Fertil Steril* 1993;60:664-7.
- ⁷ Hamerlynck JVThH, Leeuwen FE van. Langdurige postmenopauzale hormoonsubstitutie en borstkankerincidentie: de 'Nurses' health study'. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:759-61.

H. DE VRIES
K.M. VAN ASSELT
R. BARENTSEN

Amsterdam, juli 1996

De reactie van collega De Vries et al. beschouwen wij als een welkomme aanvulling. Wij delen hun mening dat de 'circumstantial evidence' voor een gunstig effect van hormoonsubstitutie bij vrouwen met NIADM van hetzelfde gewicht is als bij vrouwen met CHZ. Ook bij deze categorie patiënten kan hormoonsubstitutie derhalve overwogen worden. De aandachtspunten die de auteurs aan het eind van hun ingezonden brief naar voren brengen, onderschrijven wij ook.

J.J.P. KASTELEIN
J.V.TH.H. HAMERLYNCK

Amsterdam, augustus 1996

Systemische mastocytose als oorzaak van osteoporose

Kemink et al. wijzen in hun leerzame mededeling nog eens op het vóórkomen van ernstige osteoporose bij systemische mastocytose (1996;1277-9). Als therapie stellen zij behandeling met bifosfonaten voor in combinatie met calcium. Een additionele therapie zou behandeling met interferon alfa kunnen zijn. Naar aanleiding van een casuïstische mededeling over de effectiviteit van interferon alfa 2b bij een patiënt met zeer ernstige systemische mastocytose,¹ hebben Weide et al. dit middel toegepast bij