

bleef gedurende 10 jaar postoperatief hoger dan die binnen de controlegroep. Al met al was het risico van steenvorming in een periode van 20 jaar na behandeling bij patiënten 8,3% (95%-BI: 4,8-11,7%) hoger dan bij controlepersonen. 'Steenvormers' waren jonger en vaker van het mannelijk geslacht dan 'niet-steenvormers', maar er werd geen verschil gevonden tussen deze twee groepen in de calciumconcentraties in het bloed of in de hoeveelheid bij schildklier die bij de operatie was weggehaald. Bij patiënten die eerder nierstenen hadden gehad, was na de operatie de kans op recidiefsteenvorming 27 maal groter dan bij degenen die nooit eerder nierstenen hadden gehad.

De opvallendste bevinding in dit onderzoek is dat tot 10 jaar na parathyreoïdectomie de kans op nierstenen verhoogd blijft,

ook al nam na deze ingreep het aantal opnamen in een ziekenhuis wegens nierstenen af. Aangezien het hier een retrospectief onderzoek betrof, kan geen uitspraak worden gedaan over de vraag of de verminderde niersteenvorming te danken is aan de bij schildklieroperatie of het gevolg is van het natuurlijke verloop van de ziekte.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Mollerup CL, Vestergaard P, Frøkjær VG, Mosekilde L, Christiansen P, Blichert-Toft M. Risk of renal stone events in primary hyperparathyroidism before and after parathyroid surgery: controlled retrospective follow up study. *BMJ* 2002;325:807-10.

J. VEENEMANS

## 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.)

### Vraag en antwoord

#### *Wat is er bekend over de werkzaamheid van 'Sonocur Plus'?*

Het antwoord van collega Verhaar behoort mijns inziens enige nuancering (2002:2445). Om aan te tonen dat schokgolffbehandeling (waarvan de 'Sonocur Plus' een voorbeeld is), gelijkwaardig is aan of beter is dan andere behandelingsvormen moeten er inderdaad nog veel effectiviteitsstudies worden verricht. Daar komt nog bij dat de vele verschillende vormen van schokgolffbehandeling de interpretatie van de resultaten sterk bemoeilijken. Het gaat daarbij om het gebruik van hoge-energie- versus lage-energievormen, het wel of niet toepassen van een enkelvoudige behandeling tegenover meerdere behandelingen, de grote variatie in het gegeven aantal pulsaties en vooral het gebruik van verschillende schokgolfgenererende machines met verschillen in output en input bij het focus en de grote verschillen in energie. De in Nederland gebruikte radiale schokgolf is daar een voorbeeld van: men is er internationaal van overtuigd dat dit geen schokgolf is en dat van deze machine geen enkele werkzaamheid is te verwachten. Het is bovendien bijzonder ongelukkig dat dezelfde effectiviteitsstudies vaak eveneens niet zijn verricht voor de wel gangbare behandelingsvormen.

Ontstekingsremmende middelen zijn zeker niet geïndiceerd bij chronische en therapieresistente tendinose als reeds uitgebreid bekend is dat deze aandoening histologisch geen enkel ontstekingskenmerk heeft. Het gaat hier om een degeneratief proces, waarbij de vorming van een kalkdepot een onderdeel kan zijn<sup>1,2</sup> en zeker bijdraagt aan het slechte herstel.

Er zijn op meer momenten beoordelingen geweest van de verschenen literatuur.<sup>3,4</sup> Voor het beantwoorden van de vraag had Verhaar beter een ander artikel van Ogden et al. kunnen gebruiken, waarin de toekomst en de bruikbaarheid van schokgolffbehandeling heel wat positiever worden beoordeeld.

Het door Verhaar genoemd placebo-effect is zeker voor de indicaties met een helder begin- en eindpunt niet van toepassing. Bij de pseudoartrose, waarbij röntgenologisch het resultaat is te objectiveren, wordt een succespercentage gemeld van 62-83. Het is juist dat een tendinose met een kalkdepositie niet pijnlijk hoeft te zijn, maar ze wordt dat in de komende jaren in meer dan 47% van de gevallen wel. Bovendien zijn er minder asymptomatische kalkdeposities dan symptomatische. Het aanwezig zijn van een kalkdepositie met klachten is eveneens een

makkelijk te objectiveren feit. In alle publicaties blijken patiënten bij wie de kalkdepositie is verdwenen (50-70%) na schokgolffbehandeling ook volledig klachtenvrij te zijn. Kalkdeposities hebben een natuurlijk verloop en zullen meestal vanzelf in een resorptiefase belanden; dit kan echter bij meer dan 50% van de patiënten langer dan 10 jaar duren. Studies naar het natuurlijke verloop over een langere periode zijn er niet. De aangehaalde Engelse publicatie van Speed gaat over de behandeling van níet-gecalcificeerde tendinose van de rotatorenmanchet, die niet op de indicatielijst staat voor schokgolffbehandeling. Als deze therapie al werkzaam zou zijn bij een tendinose, moet de in dit artikel gebruikte energiefloedichtheid sowieso aanzienlijk hoger zijn dan de gebruikte 0,12 mJ/mm<sup>2</sup>.

Binnenkort wordt het onderzoek van dr.A.de Gast (VU Medisch Centrum, Amsterdam) gepubliceerd, waarin wordt aangetoond dat de schokgolffbehandeling voor tendinitis calcarea van de rotatorenmanchet een beter resultaat geeft dan de veelgebruikte injectietherapie met cortison en dat behandeling met schokgolven in ieder geval moet worden overwogen voor een operatief ingrijpen.

Ook het aangehaalde onderzoek voor de indicatie 'tenniselleboog' behoeft enige nuancering. Het initiële effect van de cortisoninjectie is uitermate gunstig en dus ook van de schokgolf, echter onderzoek heeft uitgewezen dat vooral de met cortisoninjecties behandelde groep er uiteindelijk slechter van afkomt dan de groep waarbij het natuurlijke verloop is afgewacht.<sup>5</sup> Deze recidivering van klachten wordt niet gevonden bij de met schokgolf behandelde groep. Een effectbeoordeling vraagt dan ook een langere follow-uptermijn dan die welke in dit onderzoek is gebruikt.

Over de verzekeringstechnische aspecten en een eventuele vergoeding van de behandeling valt nog te zeggen dat de zorgverzekeraar op zijn beurt de wetenschappelijke waarde van de gepubliceerde literatuur zal beoordelen. Omdat er steeds meer studies worden gepubliceerd die wel voldoen aan de internationale criteria is ook op dit vlak een kentering waar te nemen. Niet alleen in de VS, waar de Food and Drug Administration goedkeuring voor schokgolffbehandeling van fasciitis plantaris heeft afgegeven, maar ook in Duitsland wordt de behandeling met schokgolven voor deze indicatie en voor tendinitis calcarea inmiddels vergoed. Ook hier geldt dat een referentie uit 2000 met een nog negatief oordeel 2 jaar later bij een nog jonge therapievorm heel anders zou kunnen uitvallen. In tegenstelling tot Verhaar menen wij de beschreven patiënte met een grote kans van slagen uitstekend te kunnen helpen.

#### LITERATUUR

- 1 Kahn KM, Cook JL, Bonar F, Harcourt P, Astrom M. Histopathology of common tendinopathies. *Sports Med* 1999;27:393-408.
- 2 Maffulli N, Khan KM, Puddu G. Overuse tendon conditions: time to change a confusing terminology. *Arthroscopy* 1998;14:840-3.
- 3 Ogden JA, Alvarez RG, Levitt R, Marlow M. Shock wave therapy (Orthotripsy) in musculoskeletal disorders. *Clin Orthop* 2001;387:22-40.
- 4 Heller KD, Niethard FU. Der Einsatz der extrakorporalen Stosswellentherapie in der Orthopädie – eine Metaanalyse. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1998;136:390-401.
- 5 Smidt N, Assendelft WJ, Windt DA van der, Hay EM, Buchbinder R, Bouter LM. Corticosteroid injections for lateral epicondylitis: a systematic review. *Pain* 2002;96:23-40.

H.J.DALHUISEN

Zoetermeer, januari 2003

Gezien de complexiteit van de beschreven casus, lijken de laatste zinnen van collega Dalhuisen mij geen reële inschatting van de te verwachten resultaten van behandeling. Mijn antwoord op de voorgelegde vraag is op basis van de beschikbare wetenschap totstandgekomen, waarbij uiteraard nog niet gepubliceerd onderzoek niet kon worden betrokken. Wetenschap heeft geen eeuwigheidswaarde, maar het is aan hen die claimen het bewijs te leveren.

J.A.N.VERHAAR

Rotterdam, januari 2003

### *Behandeling en preventie van bloedingen met recombinant-geactiveerde-factor VII, niet alleen bij hemofilie*

Levi et al. (2002:2534-7) beschreven onlangs op overzichtelijke wijze het therapeutische en profylactische gebruik van recombinant-geactiveerde-factor VII (rFVIIa), bij patiënten met en zonder preëxistente stollingsstoornissen. Daarnaast bespraken zij het gebruik van rFVIIa bij levensbedreigende bloedingen, zoals deze op de intensivecareafdelingen worden gezien. Het gebruik van rFVIIa dient te worden beperkt tot patiënten bij wie conventionele therapie niet voldoende effectief blijkt, als ultimum refugium dus. Het gebruik van rFVIIa voor een deel van genoemde indicaties is gebaseerd op kleine studies en casuïstische mededelingen; daarbij gaat het vaak om toepassing van het middel bij indicaties waarvoor het(nog) niet is geregi-

streerd. Daar het onwaarschijnlijk is dat grotere studies verricht zullen worden voor een deel van de gerapporteerde bloedingsproblemen waarbij rFVIIa succesvol is gebleken, blijft het publiceren van dergelijke casuïstische patiëntenproblemen zinvol.

Recent behandelden wij op onze intensivecare-unit een 61-jarige man met rFVIIa wegens een levensbedreigende bloeding in het operatiegebied op de derde postoperatieve dag na niertransplantatie. Wegens een klein myocardinfarct peroperatief en angina pectoris direct postoperatief werd patiënt behandeld met acetylsalicylzuur en dipyridamol. Hij kreeg 4 eenheden 'packed cells' en 1 eenheid trombocyten en reoperatie toonde persistent diffuus bloedverlies in het operatiegebied bij intacte vaatanastomosen. Postoperatief bedroeg de hemoglobineconcentratie 6,5 mmol/l en het trombocytengetal  $88 \times 10^9/l$ . De stollingsparameters waren normaal en de lichaamstemperatuur bedroeg 36,1°C. De hemoglobinewaarde bleef in de uren na de operatie echter dalen, tot 4,5 mmol/l ondanks herhaalde transfusie van packed cells. Na toediening van rFVIIa stabiliseerden hemoglobinewaarde en de hemodynamiek zich. Ondanks het theoretische risico op trombotische complicaties op grond van verhoogde expressie van weefselthromboplastine in het niertransplantaat, de anastomose en de atherosclerotische coronairarteriën van patiënt, deden deze complicaties zich niet voor. Echodoppleronderzoek en perfusiescintigrafie zowel vroeg als laat na de toediening van rFVIIa toonden normale perfusie van het transplantaat.

In deze casus werd rFVIIa dus effectief en zonder complicaties toegediend na recente niertransplantatie. In een onderzoek met 6 patiënten na orthotopie levertransplantatie, werd trombose van de A. hepatica echter gezien bij 1 van de 6 patiënten.<sup>1</sup> Vooralsnog is onduidelijk of dit ongewoon hoge percentage van A.-hepaticatrombose een toevallsbevinding is bij een zeer klein patiëntenaantal in de studie, of dat dit risico op trombose na rFVIIa extrapoleerbaar is naar patiënten na recente niertransplantatie.

#### LITERATUUR

- 1 Hendriks HG, Meijer K, Wolf JT de, Klompmaker IJ, Porte RJ, Kam PJ de, et al. Reduced transfusion requirements by recombinant factor VIIa in orthotopic liver transplantation: a pilot study. *Transplantation* 2001;71:402-5.

S.E.M.J.GIELEN-WIJFFELS  
W.N.K.A.VAN MOOK  
G.RAMSAY

Maastricht, januari 2003

## Verenigingsverslagen

(De redactionele verantwoordelijkheid voor vorm en inhoud berust bij de secretaris van de desbetreffende vereniging.)

## *Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose*

*Vergadering gehouden op 4 oktober 2002 te Utrecht*

J.P.van Meerbeeck (Rotterdam), *Kennismaken met de Commissie Anti-Rookbeleid*

De verantwoordelijkheid van de longartsen bij de preventie en het bestrijden van het roken is neergelegd in het rapport 'Roken en gezondheid: verantwoordelijkheid van artsen', dat

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, p/a Luijbenstraat 15, 5211 BR 's-Hertogenbosch.  
Dr.L.N.A.Willems, wetenschappelijk secretaris.

door de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) is aangenomen op de vergadering van 10 oktober 1996.<sup>1</sup> De uitgangspunten voor het beleid van artsen en beroepsorganisaties ten aanzien van de rookproblematiek in het algemeen en de begeleiding van de patiënten in het bijzonder staan in dit rapport helder geformuleerd.

De Commissie Anti-Rookbeleid (CAR) van de NVALT is in oktober 1996 door het bestuur ingesteld om het te adviseren over het beleid van de NVALT met betrekking tot de rookproblematiek en over de nadere uitwerking van de doelstellin-