

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/2066/23661>

Please be advised that this information was generated on 2020-10-27 and may be subject to change.

LITERATUUR

- ¹ Kirkwood JM, Strawderman MH, Ernstoff MS, Smith TJ, Borden EC, Blum RH. Interferon alfa-2b adjuvant therapy of high-risk resected cutaneous melanoma: the Eastern Cooperative Oncology Group trial EST 1684. *J Clin Oncol* 1996;14:7-17.
- ² Balch CM, Buzaid AC. Finally, a succesful adjuvant therapy for high-risk melanoma. *J Clin Oncol* 1996;14:1-3.

E.MAARTENSE

Radiodiagnostiek

Waarde van spiraal-computertomografie in de diagnostiek van longembolieën

Bij de diagnostiek van longembolieën heeft in geval van een niet-diagnostische ventilatie-perfusie (VP)-scan de pulmonalisangiografie een belangrijke plaats gekregen. Gezien het invasieve karakter hiervan en de nog niet algemene ervaring ermee wordt dit onderzoek echter lang niet altijd verricht. Van Rossum et al. onderzochten de waarde van de spiraal-computertomografiescan met contrast van de thorax (SVCT) in de diagnostiek van longembolieën. Van augustus 1993 tot januari 1995 werden 249 patiënten tot het onderzoek toegelaten. Bij patiënten met een normale VP-scan werd geen verder onderzoek verricht. Alle patiënten met een afwijkende VP-scan ondergingen binnen 48 uur een echografie van de extremiteiten en een SVCT. Wanneer op basis van de VP-scan de aanwezigheid van een longembolie zeer aannemelijk werd geacht ('high probability'), werd alsnog een pulmonalisangiografie verricht indien de SVCT negatief was voor embolieën. Als de VP-scan niet-diagnostisch was, werd zowel een SVCT als een pulmonalisangiografie verricht.

Van de 249 patiënten bleek de VP-scan bij 172 (69%) patiënten normaal, high probability bij 35 patiënten (14%) en niet-diagnostisch bij 42 (17%) patiënten te zijn. Bij de 42 patiënten met een niet-diagnostische VP-scan werden bij 35 op de SVCT

geen aanwijzingen voor longembolieën gezien; bij 1 van hen bleek het pulmonalisangiogram wel positief te zijn. Bij 6 patiënten toonde de SVCT wel longembolieën, die bij 1 patiënt bij pulmonalisangiografie niet werden bevestigd. Bij 1 patiënt was de SVCT niet bewijzend, terwijl het pulmonalisangiogram negatief bleek te zijn. In deze groep was de sensitiviteit 83% en de specificiteit 97%. Bij de 35 patiënten met een high probability-VP-scan toonde de SVCT in 32 gevallen longembolieën aan. Bij 2 patiënten toonde noch de SVCT noch de pulmonalisangiografie embolieën aan. Bij 1 patiënt bestond twijfel na de SVCT; de pulmonalisangiografie bleek positief. Voor deze groep bleek de sensitiviteit 95% en de specificiteit 97% voor het aantonen van longembolieën bij SVCT.

De auteurs concluderen dat SVCT een hoge voorspellende waarde heeft voor longembolieën, vooral bij patiënten met een niet-diagnostische VP-scan. In een begeleidend commentaar wordt de SVCT in dit kader een interessante ontwikkeling genoemd. Auteurs wijzen er wel op dat de sensitiviteit bij embolieën in de subsegmentale pulmonale arteriën kleiner is dan bij centrale embolieën. Verder onderzoek is nodig naar de plaats van SVCT in het onderzoek bij vermoeden van longembolieën, maar vooralsnog kan deze techniek de pulmonalisangiografie niet vervangen als gouden standaard.

LITERATUUR

- ¹ Rossum AB van, Treurniet FEE, Kieft GJ, Smith SJ, Schepers-Bok S. Role of spiral volumetric computed tomographic scanning in the assessment of patients with clinical suspicion of pulmonary embolism and an abnormal ventilation/perfusion lung scan. *Thorax* 1996;51:23-8.
- ² Hansell DM, Hadley SPG. Continuous volume computed tomography in pulmonary embolism: the answer, or just another test? *Thorax* 1996;51:11-12.

J.W.G.VAN PUTTEN

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)

Diepe veneuze trombose: leiden de recentelijk verbeterde inzichten tot echte vooruitgang in de directe patiëntenzorg?

Graag willen wij enkele opmerkingen maken bij het artikel van Büller et al., waarin een duidelijk overzicht gegeven wordt van de veranderingen in diagnostiek en behandeling van diepe veneuze trombose (DVT) in de laatste jaren (1996;587-90).

Allereerst worden als risicofactoren voor trombose niet genoemd lupus-anticoagulans en anticardiolipine. Tevens wordt opengelaten wanneer en bij welke categorieën patiënten nader onderzoek naar de in het artikel genoemde stollingsdefecten gedaan zou moeten worden. Zelfs bij het ontbreken van voldoende goede onderzoeken zou het zinvol zijn een voorlopige richtlijn te formuleren (bijvoorbeeld tweede trombose, positieve familieanamnese voor DVT of longembolie).

Ten tweede vragen wij ons af welk aanvullend onderzoek zinvol is om een maligniteit in een vroeg stadium te ontdekken (met een betere behandelprognose), zonder de patiënt onnodig ongerust te maken en te belasten. Hierop gaan auteurs niet in, maar zij verwijzen naar een onderzoek waarbij tijdens de fol-

low-up bij 11 van de 153 patiënten met een eerste trombose een maligniteit werd geconstateerd.¹ Van de 35 patiënten met een recidieftrombose kregen 6 een maligniteit. Het merendeel betrof adenocarcinomen, op diverse plaatsen gelokaliseerd: colon, pancreas, mamma, long, prostaat en uterus. Voorts waren er 2 patiënten met een glioblastoom van de hersenen en 1 patiënt met een leiomyosaroom. Men zou zich de volgende beleidslijn kunnen voorstellen: indien er een risicofactor voor trombose aanwezig is, wordt geen verdere diagnostiek verricht. Indien een risicofactor ontbreekt (idiopathische trombose), zou er speciale aandacht kunnen zijn voor palpatie van de mammae, rectaal toucher en een fecesonderzoek op occult bloed, met een laagdrempelig aanvraagbeleid bij recidieftrombose bij rokers (röntgenopname van de thorax), bij vrouwen ouder dan 40 jaar (mammografie) en bij patiënten ouder dan 50 jaar (echografisch onderzoek van het abdomen).

Tenslotte blijft met betrekking tot de thuisbehandeling met heparine van een laag moleculair gewicht een belangrijk onderdeel voor de praktijk onderbelicht, namelijk de praktische transmurale uitvoerbaarheid. Hoe wordt een goede samenwerking met de eerste lijn en de kwaliteit van de thuisbehandeling

gewaarborgd? Het 'zomaar' invoeren van thuisbehandeling door de eerste lijn kan belangrijke verworvenheden van de laatste jaren tenietdoen, namelijk het verrichten van objectieve diagnostiek zowel om over- als onderbehandeling te voorkomen en het vroeg aanmeten van een elastische kous ter profylaxe van het posttrombotisch syndroom. Het voorstel om voor huisartsen een diagnostisch centrum op te zetten, waar onder andere compressie-echografie verricht wordt, is lang niet altijd te realiseren. Hoe is de samenwerking met de wijkverpleging, bijvoorbeeld voor het zwachtelen van het trombosebeen, het aanleren van de subcutane injectietechniek? Wat te doen bij complicaties? Ook vragen wij ons af of de financieringsstructuur van de gezondheidszorg in Nederland zo verfijnd is dat thuisbehandeling van diepe veneuze trombose minder kost. Binnenkort wordt in ons ziekenhuis gestart met een kwaliteitsproject transmurale zorg, waarin de praktische zaken van de thuisbehandeling van diepe veneuze trombose geëvalueerd zullen worden, met nadruk op samenwerking met de eerste lijn en wijkverpleging, zorgaspecten en haalbaarheid.

LITERATUUR

- ¹ Prandoni P, Lensing AWA, Büller HR, Cogo A, Prins MH, Cattelan AM, et al. Deep-vein thrombosis and the incidence of subsequent symptomatic cancer. *N Engl J Med* 1992;327:1128-33.

M.C.H. JANSSEN
H. WOLLERSHEIM
I.R.O. NOVÁKOVÁ

Nijmegen, april 1996

Het commentaar van Büller et al. laat aan duidelijkheid niets te wensen over. De diagnose 'diepe veneuze trombose' kan inderdaad door de huisarts worden gesteld, zeker indien hem faciliteiten in de tweede lijn, in het vasculaire laboratorium, ter beschikking worden gesteld. Op veel plaatsen in Nederland, ook bij ons in Purmerend, is zulks geregeld. Vervolgens kan inderdaad diezelfde huisarts thuis bij de patiënt een behandeling instellen met laagmoleculaire heparine en orale anticoagulantia.

Wat er naar mijn mening ontbreekt, is dat de huisarts de gewenste laagdrempelige faciliteit voor trombosedagnostiek nogmaals moet laten bezoeken, en wel een half tot één jaar na de trombose. Bij veel patiënten zal zich na een trombose immers dan een aantoonbare diepe veneuze insufficiëntie ontwikkelen.¹ In dat geval zal er een aanvullende behandeling gegeven moeten worden. Ook dat kan de huisarts eventueel doen, maar wellicht voert dat iets te ver voor het genoemde commentaar.

LITERATUUR

- ¹ Broek ThAA van den. Chronische veneuze insufficiëntie en veneuze reconstructieve chirurgie [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 1989.

TH.A.A. VAN DEN BROEK

Purmerend, maart 1996

De rol van echografie bij de diagnostiek van diepe veneuze insufficiëntie na een trombose is inderdaad niet door ons besproken, niet alleen omdat dit enigszins buiten het kader van ons betoog viel, maar ook omdat voor de rechtvaardiging hiervan tot op heden deugdelijk wetenschappelijk bewijs ontbreekt.

De vragen van de Nijmeegse collega's betreffen bijna een verzoek tot een nieuw artikel. De betekenis van het lupus-anticoagulans bij de doorsnee veneuze trombose is vooralsnog onduidelijk. Het formuleren van richtlijnen is onmogelijk en thans niet zinvol. Mogelijk kan lopend onderzoek hierin bin-

nenkort verduidelijking brengen. Het gedane voorstel voor de opsporing van maligniteiten is evenwichtig en lijkt, totdat wederom nieuwe gegevens beschikbaar komen, de aangewezen benadering. Het onnodig opwekken van angst zonder een verbetering in de prognose kan nooit het doel zijn van de vroege opsporingsbenadering.

Het is verheugend dat het Academisch Ziekenhuis in Nijmegen binnenkort begint met een kwaliteitsproject over de thuisbehandeling van veneuze trombose. Als ons artikel één doel had, dan was het wel de clinicus practicus te wijzen op de nog resterende problemen betreffende de thuisbehandeling.

Het zorgvuldig analyseren van de mogelijkheden en de beperkingen is strikt noodzakelijk. Pas daarna kan een mogelijk per regio variërend beleid worden geformuleerd. In deze analysefase is de samenwerking tussen ziekenhuis, patiënt, huisarts en mogelijk andere instellingen cruciaal.

H.R. BÜLLER
J. VAN DER MEER
M.M.W. KOOPMAN
M.H. PRINS
D.P.M. BRANDJES
J.W. TEN CATE

Amsterdam, april 1996

De incidentie van koortsconvulsies bij kinderen van 3-72 maanden oud

Als aanvulling op het onderzoek van Speelman-Verburgh et al. (1996;664-7) willen wij vermelden dat het beleid van de huisarts na de periode waarin het onderzoek plaats heeft gevonden (1987-1988) weliswaar niet sterk is gewijzigd, maar dat de richtlijnen wel zijn geactualiseerd met het uitkomen van de standaard 'Kinderen met koorts'.¹ Het advies is: bij telefonisch contact moet gewezen worden op het vrijhouden van de ademweg. Men laat het kind in buik- of zijligging met het hoofd omlaag leggen. Een directe visite is daarna aangewezen. Bij een klonische aanval is door diafragmacontracties de zuurstofvoorziening bij een vrije ademweg gewaarborgd; bij een langdurige tonische of atone fase kan mond-op-mondbeademing nodig zijn. Als de convulsie bij aankomst nog niet voorbij is, wordt 5 mg diazepam in waterige oplossing rectaal toegediend (als rectiole of in injectiespuit zonder naald) ter coupering van een aanval. Diazepam per os, intramusculair of per suppositorium is niet geïndiceerd vanwege te langzame resorptie. Als de convulsies persisteren, kan men dezelfde dosis herhalen (maximaal 10 mg totaal). Als het kind na 15 min nog trekkingen vertoont, is spoedopname aangewezen. In de postictale fase moet naar het infectiefocus worden gezocht, vooral naar de verschijnselen van meningitis. De symptomen hiervan zijn in deze fase moeilijk te vinden en ontbreken vaak bij kinderen jonger dan 1 jaar. Bij twijfel is controle bijvoorbeeld 3-4 h later nodig. De huisarts kan de ouders informeren over de goede prognose van een koortsconvulsie. Ter geruststelling kan (een recept voor) een diazepamrectiole in de juiste dosering worden achtergelaten met instructie voor het gebruik in geval van recidiefconvulsie. In het onderzoek van Speelman-Verburgh et al. heeft een visite bij 21 van de 30 kinderen met een eerste koortsconvulsie plaatsgevonden.¹

LITERATUUR

- ¹ Meulen P van der, Uitewaal PJM, Boomsma LJ, Dijk PA van, Hermans AM, Vijver PP van de, et al. NHG-Standaard Kinderen met koorts. *Huisarts Wet* 1992;35:512-7.

L.J. BOOMSMA
J.R. VAN DER LAAN

Utrecht, april 1996