

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/2066/24658>

Please be advised that this information was generated on 2020-10-01 and may be subject to change.

Pijnbestrijding in de laatste levensfase

B.J.P. CRUL

Dames en Heren,

Ruim vijftien jaar geleden werd in een publicatie vastgesteld dat pijnbestrijding het stiefkind van de Nederlandse geneeskunde was.¹ Dit standpunt lijkt nu achterhaald. Vooral de afgelopen vijf jaar is pijnbestrijding in het middelpunt van de medische en publieke belangstelling komen te staan. De toepassing van de vele, uiteenlopende technieken en de kennis van de situaties waarin deze technieken gebruikt moeten worden zijn inmiddels wijdverbreid. Iedere arts zou – zelfstandig of met inschakeling van een zogenaamd pijnteam – een adequate pijnbehandeling in uiteenlopende situaties moeten kunnen toepassen. Maar gebeurt dit ook werkelijk? In deze les beschrijf ik de ziektegeschiedenis van een patiënt en houd ik een kritische beschouwing over de pijnbestrijding in de terminale fase.

Patiënt A, een 67-jarige vrouw, wordt door de huisarts verwezen naar onze polikliniek voor geïntegreerde pijnbehandeling (de werkwijze in deze polikliniek wordt verderop besproken).² Tien jaar tevoren is bij haar een uteruscarcinoom vastgesteld; dit is behandeld met een totale uterusextirpatie gevolgd door radiotherapie. Een jaar geleden is er bij haar een lokaal recidief vastgesteld. Het gaat om een niet reseceerbare, infiltratief groeiende tumor, die doorgroeit in het sacrum en de plexus lumbosacralis links.

Patiënte is gedurende een jaar naar haar tevredenheid met orale pijnstillers behandeld (naproxen, morfine(sulfaat) met gereguleerde afgifte), maar de laatste twee maanden heeft zij therapieresistente pijn in de rug en het linker been. Onlangs is weer radiotherapie toegepast, maar zonder effect op de pijnklachten, die een neuropathisch karakter hebben (dat wil zeggen dat de pijn ontstaat door toegenomen prikkelbaarheid van de zenuwen, in tegenstelling tot nociceptieve pijn, die ontstaat als gevolg van weefselbeschadiging). Kort nadat het tumorrecidief bij haar is vastgesteld is haar echtgenoot overleden. Hoewel zij een goed contact heeft met haar beide kinderen, heeft zij grote moeite met het werken van dit verlies.

Zij vertelt onhoudbare pijn te hebben en zo niet verder te willen; zij verzoekt om euthanasie. Hoewel zij het leven op dit moment ondraaglijk vindt, heeft zij de hoop niet helemaal opgegeven de geboorte van haar langverbeide eerste kleinkind nog mee te maken. De psycholoog die aan het pijnteam verbonden is, constateert dat

er geen sprake is van een psychische stoornis; zijn conclusie luidt dat de houding van patiënte geheel te verklaren is door het verlies van haar echtgenoot.

De medicijnen waarmee patiënte is behandeld voordat zij de polikliniek bezoekt, zijn morfine(sulfaat) met gereguleerde afgifte, naproxen, amitriptyline en carbamazepine. Verdere verhoging van de doseringen heeft niet tot pijnvermindering geleid, maar wel tot bijwerkingen. Patiënte krijgt de verzekering dat alles in het werk zal worden gesteld voor een goede pijnstilling, waarop zij instemt met de behandeling. Er wordt begonnen met intrathecale infusie van analgetica (morfine 9,6 mg/24 uur; bupivacaïne 19,2 mg/24 uur) met behulp van een draagbaar pompje. Omdat eerder is gebleken dat de pijn verminderd gevoelig is voor morfine, wordt naast morfine ook het lokaalanaestheticum bupivacaïne intrathecaal toegediend. De pijn is hiermee onder controle en patiënte kan thuis met behulp van een draagbaar infusiepompje de behandeling voortzetten.

Na enkele maanden gaat zij in toenemende mate klagen over heftige, schietende pijnen in het linker been, die ondanks verhoging van de dosis van de intrathecale analgetica aanwezig blijven. Weer brengt patiënte de mogelijkheid van euthanasie ter sprake. Tijdens een uitgebreid gesprek, waarbij ook haar dochter, haar huisarts en een verpleegkundige aanwezig zijn, wordt voorgesteld een percutane cervicale chordotomie uit te voeren. Dit is een ingreep waarbij door middel van een hitte-laesie met hoogfrequente wisselstroom (radiofrequentie(RF)-laesie) een onderbreking wordt gemaakt in de tractus spinothalamicus, de pijngeleidende zenuwbaan van het ruggenmerg. Hierdoor treedt een onderdrukking van de pijnperceptie op aan de contralaterale lichaamshelft. De ingreep vindt plaats door het percutaan plaatsen van een naald en kan belastend voor de patiënt zijn omdat het traceren van de pijnzenuwbaan soms niet eenvoudig is. De patiënt moet tijdens de ingreep geruime tijd stilliggen. Patiënte stemt in met de behandeling; deze wordt uitgevoerd en blijkt tot een goede pijnstilling te leiden in het linker been. Zij kan weer naar huis. Vanwege haar overige pijn (in bekken, zitvlak en rug) wordt de intrathecale infusie voortgezet.

Enige tijd later krijgt patiënte heftige pijn in het perineum, waardoor zitten en op de rug liggen onmogelijk wordt. De tumor groeit door in de laag-sacrale zenuwwortels. De enige comfortabele houding blijkt buikligging te zijn. Patiënte brengt in deze houding de dagen door, waardoor zij tenslotte decubitus van haar beide ellebogen krijgt. Zij heeft inmiddels al enige tijd een blaaskatheter. Er wordt besloten tot het inspuiten van fenol (7% in glycerol) intrathecaal om neurolyse van de sa-

Academisch Ziekenhuis, afd. Anesthesiologie, Pijncentrum, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Prof.dr.B.J.P.Crul, anesthesioloog.

crale wortels te bewerkstelligen. Hierna heeft patiënte wederom geen pijn meer. De intrathecale infusie wordt voortgezet.

Doordat patiënte alleen woont en haar kinderen op grote afstand wonen, blijkt een verblijf thuis voor haar niet haalbaar en is opname in een verpleeghuis noodzakelijk. Zij weet zich hier prima te redden en past zich uitstekend aan in haar nieuwe situatie. Als haar kleindochter wordt geboren, schenkt dit haar een grote voldoening. Uiteindelijk krijgt zij uremie door tumorinfiltratie in beide ureters. Patiënte wil zich hier niet meer voor laten behandelen. Zij sterft een natuurlijke dood in een uremisch coma.

Voor veel artsen die kankerpatiënten behandelen, zullen de hier beschreven problemen bij deze patiënte goed herkenbaar zijn. Progressie van de kanker leidt ertoe dat de pijn verergert en orale pijnstillers niet meer helpen. Goede raad is dan duur en de oplossing is niet eenvoudig. Wat is de beste aanpak? Voor deze categorie patiënten hebben wij een polikliniek voor geïntegreerde pijnbehandeling ingericht. De primaire behandelaar, de huisarts of de specialist, verwijst de patiënt naar deze polikliniek; daar wordt de patiënt gezien door een anesthesioloog, een radiotherapeut en een oncologisch verpleegkundige. Eerst wordt naar de oorzaak van de pijn gezocht. Vooral bij neuropathische pijn is de hulp van een neuroloog bij de diagnostiek van groot belang. Deze soort pijn komt onder meer voor bij tumorinfiltratie of compressie van zenuwstructuren door tumorgroei. Berucht is in dit opzicht de compressie van het ruggenmerg, die in de beginfase met weinig verschijnselen gepaard kan gaan.

Verder wordt vastgesteld of er nog therapeutische mogelijkheden zijn op het causale vlak, zoals radiotherapie. Ook de reeds afgesproken medicatie wordt kritisch beschouwd. Artsen blijken niet altijd goed op de hoogte te zijn van de mogelijkheden van zogenaamde co-analgetica (dat zijn (tricyclische) antidepressiva en anti-epileptica). Veel patiënten met resistente pijn lijden aan neuropathische pijn. Daarbij kunnen tricyclische antidepressiva en anti-epileptica van nut zijn. De verpleegkundige beoordeelt de verpleegtechnische aspecten en de verzorging van de patiënt thuis. Verder kijkt het team naar de psychische omstandigheden. Wanneer de patiënt angstig is of tekenen van depressie vertoont, wordt een psycholoog en eventueel een psychiater ingeschakeld.

Bij onze patiënte leverde dit alles geen nieuwe gezichtspunten op. De mogelijkheden van orale pijnstillers waren uitgeput, de oorzaak van de pijn kon niet worden weggenomen en zij had geen psychische stoornis. Er moest echter wel iets aan haar pijn gedaan worden. Onder dergelijke omstandigheden zijn er drie mogelijkheden.

De eerste mogelijkheid is dat men met behulp van geavanceerde pijnbehandeltechnieken, zoals intrathecale infusie of zenuwblokkades, de pijn wegneemt om de resterende levensperiode zo draaglijk mogelijk maken. De tweede mogelijkheid is dat men poogt de pijn met con-

tinue intraveneuze morfinedoediening onder controle te krijgen. De laatste mogelijkheid is dat men het verzoek van de patiënt om euthanasie inwilligt. Voor- en tegenstanders van euthanasie huldigen de opvatting dat levensbeëindigend handelen nooit mag voortspruiten uit een door het moment gekleurde opwelling, noch mag worden ingegeven door het idee dat er geen alternatieven zijn, terwijl die er in werkelijkheid nog wel zijn.

GEAVANCEERDE PIJNBEBANDELING

De beschreven patiënte koos, na enig aandringen onzerzijds, voor de eerste mogelijkheid: geavanceerde pijnbehandeling. Zij stelde haar euthanasiewens uit toen zij het perspectief van een effectieve pijnbestrijding kreeg en daarmee tevens het vooruitzicht om de geboorte van haar eerste kleinkind nog mee te maken. Niettemin herhaalde zij haar verzoek om euthanasie tijdens het ziekteproces nog een paar keer, maar deze wens raakte steeds spontaan op de achtergrond zodra er weer een vorm van effectieve pijnbehandeling werd toegepast waarmee haar pijn draaglijk werd.

Wat leert deze ziektegeschiedenis? Ze toont aan dat de gekozen weg van geavanceerde pijnbehandeling het uiterste vraagt van wat een behandelend arts en andere zorgverleners aan deskundigheid, therapieën, tijd en inspanning voorhanden hebben.

In de eerste plaats moeten in het ziekenhuis de menskracht en de faciliteiten aanwezig zijn om de genoemde pijnbehandelingen uit te voeren. In de tweede plaats moet, wanneer een patiënt wordt behandeld met intrathecale infusie, de logistiek van de thuiszorg goed geregeld zijn, dat wil zeggen de technische ondersteuning bij eventuele storingen van de apparatuur, en de medische controle van de situatie van de patiënt. Dit onderdeel zal doorgaans voor rekening komen van de huisarts, die hierbij kan samenwerken met wijkverpleegkundigen en ook moet kunnen terugvallen op deskundigheid vanuit het ziekenhuis. Patiënten zoals de beschrevene hebben een intensieve medische en psychosociale begeleiding nodig, waarbij een goede transmurale communicatie vereist is. Dit vraagt om 24-uurszorg, die ook zeven dagen per week daadwerkelijk door alle zorgverleners geleverd moet kunnen worden.

De bijdrage van ziekenhuiswege kan worden geleverd door een polikliniek voor geïntegreerde pijnbehandeling die onder meer de taak heeft de thuiszorg te ondersteunen.² Eventueel kan een dergelijke voorziening worden uitgebreid tot een aangepaste oncologische polikliniek met expliciet op de thuiszorg gerichte taken en met aandacht voor palliatieve zorg. Een dergelijke voorziening is enige jaren geleden door de Gezondheidsraad bepleit,³ maar is nog lang niet in alle ziekenhuizen voorhanden.

MORFINE EN LEVENSBEËINDIGEND HANDELEN

Wanneer vanwege het ontbreken van voorzieningen een optimale pijnbehandeling niet te realiseren valt en causale therapie, zoals radiotherapie, niet zinvol wordt geacht, is er een tweede optie: die van de continue intraveneuze infusie van morfine. Kiest men hiervoor,

dan moet men bedacht zijn op twee mogelijkheden. Wanneer de pijn gevoelig is voor morfine, zal deze verdwijnen. De intraveneuze behandeling kan dan voortgezet worden of omgezet worden in continue subcutane toediening van morfine. Eventuele dosisverhoging vindt plaats op geleide van de pijn – een aanpak die ook bij de orale morfinedoediening gehanteerd wordt. Blijkt echter het pijntype – zoals de neuropathische pijn bij onze patiënt – ongevoelig te zijn voor morfine, dan zal pijnvermindering, bijvoorbeeld door continue intrathecale infusie, achterwege blijven. Om het lijden van de patiënt te lenigen wordt dan een steeds hogere dosis gekozen. De patiënt raakt daarbij in een steeds dieper wordend coma, en afhankelijk van de lichamelijke conditie en de hydratietoestand zal de dood meestal binnen enkele dagen, uiteindelijk ten gevolge van een ademdepressie, intreden. Dit wordt door de omgeving als een soort inslapen ervaren. In de praktijk blijkt dat een dergelijke situatie soms dagen voortduurt, waarbij de morfinedosering soms tot meer dan 1000 mg per dag oploopt. Bij de beschreven patiënte zou, naar onze verwachting, eenzelfde beloop zijn gevolgd als wij haar morfineresistente pijn op deze wijze hadden behandeld. Dat is in Nederland geen ongebruikelijke gang van zaken. Uit het in 1996 verschenen rapport 'Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde' blijkt immers dat bij 19,1% van alle sterfgevallen intensivering van de pijn- en symptoombestrijding leidde tot een bespoediging van het overlijden.⁴ Bij 1,4% was het bespoedigen van het overlijden zelfs het uitdrukkelijke doel van deze intensivering. In vrijwel al deze gevallen was morfine gebruikt. Dit betekent dat jaarlijks bij ongeveer 1900 patiënten voor deze aanpak wordt gekozen, waarbij de vraag zich opdringt of het alternatief – geavanceerde pijnbestrijding en palliatieve zorg – altijd wel voldoende is overwogen.

Pijnbestrijding, het zij nog maar eens benadrukt, dient om het leven draaglijk te maken, niet om het beëindigen. Morfine is in de eerste plaats bedoeld voor het verlichten van pijn, en mag niet sluipenderwijs misbruikt worden als euthanaticum. In naar schatting minder dan 1% van de gevallen blijft de patiënt ondanks toepassing van alle ter beschikking staande pijnbestrijdingstechnieken over hevige pijn klagen. Dan kan, nadat alle mogelijkheden zijn overwogen, in goed overleg met de patiënt en de familie worden overgegaan tot intraveneuze morfinedoediening. De progressieve dosisverhoging die in dat geval nodig is, zal dan onvermijdelijk tot het overlijden van de patiënt leiden. Omdat de intentie van die behandeling pijnbestrijding is, wordt hier niet van euthanasie gesproken.

De vooroordelen ten aanzien van morfinegebruik (zoals het risico van verslaving), die zowel in medische kringen als in de samenleving heersten en die ruime toepassing van morfine in de weg stonden, zijn de afgelopen tien jaar effectief weerlegd. Dit is van grote betekenis geweest voor een effectieve pijnbestrijding in de terminale fase. Ook de opvatting dat morfine ademdepressie geeft en daarom alleen in de laatste fase van een terminale ziekte mag worden toegepast, lijkt te zijn uitgebannen.

Het afrekenen met deze vooroordelen heeft er echter ook toe geleid dat morfine nu op een aanzienlijke schaal in de medische praktijk kan worden gebruikt om, onder het mom van pijnbestrijding, levensbeëindiging te verwezenlijken.

Dames en Heren, aan de hand van het ziektebeloop bij een patiënt met kanker heb ik u gedemonstreerd dat de weerbarstigheid en complexiteit van de problemen bij patiënten in de terminale fase van een ziekte een maximale inspanning van de behandelaars kunnen vragen. Dit geldt zeker wanneer men ernaar streeft om door een goede pijnbestrijding de vraag naar euthanasie naar de achtergrond te dringen. Deze pijnbestrijding, die deel hoort uit te maken van een pakket van palliatieve zorg, is nog allesbehalve een vanzelfsprekende, voor iedere patiënt toegankelijke voorziening in ons land.⁵⁻⁸ Een oorzakelijk verband tussen het ontbreken van een toereikende pijnbestrijding en het gebruik van morfine dan wel het verhogen van de dosis morfine teneinde levensbeëindiging te bespoedigen, ligt daarom voor de hand.

In Nederland hebben wij te kampen met het merkwaardige maatschappelijke gegeven dat het euthanasiedebat en het formuleren van de zorgvuldigheidseisen voor de uitvoering van euthanasie aanzienlijk eerder hebben plaatsgevonden dan de discussie over en de pleidooien voor goede pijnbestrijding en de daarbij behorende palliatieve zorg. Het verwijt vanuit het buitenland dat in Nederland palliatieve zorg en pijnbestrijding verwaarloosd worden omdat euthanasie hier is 'toegestaan', kan niet afdoende en overtuigend weerlegd worden zolang wij onder zorgvuldig medisch handelen niet primair een goede palliatieve zorg en stervensbegeleiding verstaan en deze ook realiseren. Dit sluit aan bij de visie van minister Borst-Eilers, die in haar brief aan de Tweede Kamer van 18 april 1996 het volgende te kennen geeft: 'Het is zeker zo dat somtijds een goede palliatieve zorg, een adequate pijnbestrijding en een eigen omgeving bij een zeer zwaar lijden, de grenzen voor het vragen om toepassing van euthanasie kunnen verleggen en de vraag soms zelfs kunnen voorkomen. In andere gevallen kan echter euthanasie het waardige sluitstuk zijn van een goede palliatieve zorg in de laatste, terminale fase.'⁹

Het verstrekken van morfine hoort ingebed te zijn in palliatieve zorg. Bovendien houdt het recht op zelfbeschikking ook in dat mensen in een terminale fase niet alleen kunnen kiezen voor een kunstmatige dood, maar ook voor de mogelijkheid hun leven uit te leven en 'zo waardig mogelijk' af te ronden – daartoe in staat gesteld door de vele mogelijkheden die pijnbestrijding en andere palliatieve zorg hun bieden. Om euthanasie uit de sfeer van de half verborgen praktijken en uit het juridische schemergebied te halen, is het noodzakelijk dat er een scherp onderscheid wordt gemaakt tussen het toepassen van pijnbestrijding als zodanig en euthanasie.

De oncologische polikliniek nieuwe stijl zou bij dit onderscheid een belangrijke rol moeten spelen, enerzijds door adviezen voor pijnbestrijding en palliatieve zorg te geven, anderzijds door euthanasieverzoeken van patiënten vooraf te toetsen, waarbij de vraag of de palliatieve

mogelijkheden voldoende benut zijn centraal dient te staan.

ABSTRACT

Combating pain in the terminal phase of life. – A 67-year-old woman suffered from terminal cancer as a consequence of local recurrence of endometrial carcinoma which had been treated by hysterectomy. She had excruciating pains and was requesting euthanasia. Advanced techniques for pain relief e.g. intrathecal administration and nerve blocks resulted in adequate relief and postponed the request. Besides knowledge and skill, the application of these techniques requires a logistic network in the home situation. An alternative therapeutic approach for this patient would have been continuous intravenous administration of morphine, which would have implied accepting an earlier death. The Dutch National Inquiry on euthanasia and life ending interventions revealed that in 19.1 per cent of the overall mortality in the Netherlands, pain treatment had contributed to death. In 1.4 per cent (1900 cases per year) death was even the main goal of pain treatment. A wider application of advanced pain relieving techniques can diminish requests for euthanasia in the Netherlands and also can curtail mismanagement of pain. An advice from 1991 of the National Health Council for better hospital support for terminal patients in the home situation is still awaiting implementation.

LITERATUUR

- 1 Crul BJP. Pijnbestrijding bij kanker, stiefkind van de geneeskunde. Kanttekeningen bij de oncologische pijnbehandeling in Nederland. Med Contact 1981;36:127-9.
- 2 Crul BJP, Daal WAJ van, Rutten EHJM. Pijnbehandeling bij patiënten met kanker; ervaringen met een polikliniek 'Geïntegreerde Pijnbehandeling'. Ned Tijdschr Geneesk 1991;135:161-3.
- 3 Thuiszorg voor patiënten met kanker. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1991.
- 4 Wal G van der, Maas PJ van der. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde: de praktijk en de meldingsprocedure. Den Haag: SDU, 1996.
- 5 Pool R. Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis. Rotterdam: WYT Uitgeefgroep, 1996.
- 6 The AM. Vanavond om 8 uur. . . Verpleegkundige dilemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- 7 Akker PAM van den. Terminale zorg in Nederland in heden en toekomst. In: Akker PAM van den, redacteur. Leven met de dood. Over terminale patiënten en terminale zorg in Nederland. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994:151-61.
- 8 Witteveen TAM. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg: consequenties voor terminale zorg. In: Akker PAM van den, redacteur. Leven met de dood. Over terminale patiënten en terminale zorg in Nederland. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994:163-74.
- 9 Borst-Eilers E. Palliatieve zorg in de terminale fase. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal. CSZ/EZ/962010, 18 april 1996.

Aanvaard op 8 september 1997

Capita selecta

Vulvodynie met als oorzaak vulvair vestibulitisyndroom

M.J. RAMAKERS EN H.W. VAN LUNSEN

Zo'n honderd jaar geleden werd in de gynaecologische literatuur voor het eerst aandacht besteed aan hyperesthesie en overmatige gevoeligheid van de vulva.^{1,2} In het begin van de 20e eeuw beschrijft Kelly 'exquisitely sensitive deep red spots in the mucosa of the hymenal ring as a fruitful source of dyspareunia'.³ Daarna is er lange tijd weinig belangstelling voor onverklaarde vulvair pijn. In 1983 definieert de International Society for the Study of Vulvar Disease vulvodynie als chronisch vulvair ongemak, in het bijzonder gekenmerkt door klachten over branden en soms steken, irritatie en schraalheid.⁴ Vulvodynie is een klacht, geen diagnose.

De ziekten die vulvodynie kunnen veroorzaken, zijn in 4 hoofdgroepen te verdelen: het vulvair vestibulitisyndroom (VVS), dermatosen, infectieuze vulvovaginitis en atrofische postmenopauzale vulvovaginitis. Er kunnen verscheidene ziektebeelden tegelijk voorkomen. Dit artikel gaat over VVS.

SAMENVATTING

– Vulvodynie is een moeilijk diagnostisch en therapeutisch probleem. Patiënten met klachten over vulvair branderigheid hebben vaak al tal van artsen bezocht en allerlei behandelingen geprobeerd.

– Bij veel patiënten met vulvodynie is het vulvair vestibulitisyndroom (VVS) aanwezig. Voor de diagnostiek is een uitgebreide medische en psychoseksuele anamnese nodig. Grondige inspectie van het vestibulum vaginae laat de typische focale erythemateuze afwijkingen zien.

– De etiologie van VVS is onbekend. Van de vele causale en ziektebestendige factoren zijn de seksuele disfunctie en de bekkenbodempertone het belangrijkste. De psychodynamische aspecten van deze twee kernsymptomen vormen belangrijke aanknopingspunten voor diagnostiek en therapie.

– De behandeling van VVS moet gericht zijn op de somatische, psychologische, seksuele en relationele aspecten. Operatieve interventies moeten beperkt worden tot de zeldzame gevallen waarin men bij een geïntegreerde behandeling er niet in slaagt de patiënte uit de vicieuze cirkel van pijn, angst en spierspanning te halen.

Universiteit van Amsterdam/Academisch Medisch Centrum, div. Verloskunde en Gynaecologie, afd. Seksuologie en Psychosomatische Gynaecologie, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.

Mw.M.J.Ramakers en dr.H.W.van Lunsen, beiden arts-seksuoloog NVVS.

Correspondentieadres: mw.M.J.Ramakers.

Er is consensus over het bestaan en de diagnostiek van VVS, maar niet over etiologie en therapie. Er zijn veel verschillende benamingen in omloop; internatio-