

## 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/2066/25709>

Please be advised that this information was generated on 2019-02-19 and may be subject to change.

leving van 90% met alleen MOPP.<sup>2</sup> Uit Australië werd toen een overleving (ongeacht het klinische stadium) van 92% gemeld.<sup>3</sup> In een gerandomiseerd onderzoek (bestraling versus geen bestraling) werd geen verschil gevonden.<sup>4</sup>

Onze recente gegevens betreffende de behandeling van kinderen met MOPP en doxorubicine, bleomycine, vinblastine en dacarbazine (ABVD), met een overleving van 90%, bevestigen dat behandeling zonder radiotherapie mogelijk is.<sup>2</sup> Voordat echter gesteld kan worden dat men nooit radiotherapie bij kinderen hoeft te geven, moet benadrukt worden dat in sommige onderzoeken de aantallen patiënten laag zijn, vooral die met stadium IV. Voor deze laatste groep meldden Bader et al. dat alleen kinderen met stadium IVB voordeel hebben van additionele radiotherapie.<sup>5</sup>

Het extrapoleren van de gegevens van kinderen naar volwassenen dient met de nodige scepsis te geschieden, temeer daar maligniteiten op de kinderleeftijd vaak een ander gedrag vertonen. Daarnaast verdragen kinderen chemotherapie beter, hetgeen consequenties heeft voor de intensiteit van de behandeling. De gegevens bij kinderen ondersteunen wel de veronderstelling van Noordijk et al. en Raemaekers dat bij een gedeelte van de patiënten alleen chemotherapie voldoende is. Vermindering van de effecten op langere termijn zal voor de patiënt met de ziekte van Hodgkin uiteindelijk de winst zijn.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Ziegler JL, Fass L, Bluming AZ, Margrath IT, Templeton AC. Chemotherapy of childhood Hodgkin's disease in Uganda. *Lancet* 1972;2:679-82.
- <sup>2</sup> Berg H van den, Zsiros J, Behrendt H. Treatment of childhood Hodgkin's disease without radiotherapy. *Ann Oncology* 1997;8:S15-7.
- <sup>3</sup> Ekert H, Waters KD, Smith PJ, Toogood I, Mauger D. Treatment with MOPP or ChlVPP chemotherapy only for all stages of childhood Hodgkin's disease. *J Clin Oncol* 1988;6:1845-50.
- <sup>4</sup> Sackmann-Muriel F, Maschio M, Santarelli MT, Pavlovsky S. Results of therapy for Hodgkin's disease in childhood. The Argentine Group for Treatment of Acute Leukemia. *Cancer Treat Res* 1989;41:271-5.
- <sup>5</sup> Bader SB, Weinstein H, Mauch P, Silver B, Tarbell NJ. Pediatric stage IV Hodgkin disease. Long-term survival. *Cancer* 1993;72:249-55.

H. VAN DEN BERG

Amsterdam, augustus 1997

### *De communicatie tussen behandelend arts en bedrijfsarts bij begeleiding van het ziekteverzuim*

Gaarne wil ik reageren op het juridisch gezien goed onderbouwde artikel van J.K.M. Gevers (1997:1573-6). Graag wil ik uit de praktijk nog het een en ander aanvullen om hiermee enig inzicht te geven in de dagelijkse gang van zaken van ons beroep als bedrijfsarts.

Het is belangrijk te weten dat er vrijwel geen werknemer voor zijn plezier ziek thuis zit. Het idee dat de werkgever zelf voor de kosten opdraait, versterkt het schuldgevoel van de werknemer bij afwezigheid. Verder is het hebben van een baan momenteel een kostbaar bezit.

In een door mij verricht onderzoek naar de arbeidsmarktpositie van mensen met een aangeboren hartafwijking blijkt dat hun jaarcontract niet verlengd wordt of dat zij worden ontslagen uit (volkomen onterechte) angst van de werkgever voor de financiële gevolgen. Verder komt het in mijn praktijk veel voor dat mensen tijdens hun jaarcontract te lang in de diagnostiek- of behandelfase zitten. Vaak verlengt de werkgever dan uit voorzorg hun contract niet.

Ik ben dan ook van mening dat het tijdig ontvangen van behandeling en het tijdig kunnen geven van werkhervattingsadviezen nog belangrijker zijn voor de patiënt dan voor de werk-

gever: het hebben van werk kan immers op het spel staan. In 1998 moeten werkgevers zelf de WAO gaan bekostigen. De effecten zoals in het voorgaande beschreven, zullen daardoor alleen maar toenemen.

Het duurt gemiddeld 4 weken voordat de bedrijfsarts aangevraagde schriftelijke informatie van de behandelend arts ontvangt. Dit is ook bij de begeleiding van patiënten na een myocardinfarct te lang. Het is belangrijk om patiënten met het doorgeven van de diagnose en de prognose gerust te kunnen stellen. Voor de genezing van de patiënt is het immers van belang dat deze weet of hij zijn werk nog kan doen en hoe zijn sociaal-economische situatie eruit gaat zien. Vaak probeer ik dan ook snel telefonisch contact te zoeken met een huisarts of een specialist, maar helaas wordt dit telefonisch overleg maar al te vaak geweigerd. In de huidige tijd is het zelfs mogelijk om een schriftelijk vastgelegde 'informed consent' te faxen en dit kan de belemmering dan ook niet meer zijn. Een specialist die zegt het eigenlijk te druk te hebben om een bedrijfsarts te informeren, neemt de belangen van de patiënt dan ook niet erg serieus.

Uiteraard heeft het overleg lang niet altijd als doel om verzuim te beoordelen. Steeds meer is het overleg bedoeld om werkgebonden factoren te bespreken en om het braakliggend terrein van beroepsziekten in Nederland beter in kaart te brengen. Soms kan in het overleg ook een aanvulling voor het diagnostische of behandeltraject worden gegeven.

In het professionele statuut van de bedrijfsarts staat inmiddels dat hij zich niet met controle mag bezighouden. Bij een conflict over een gegeven werkhervattingsadvies geef ik mensen altijd de keus om bij een verzekeringsarts een 'second opinion' te vragen (dit komt overigens maar zelden voor, hooguit 1 per jaar).

Mijn advies is dan ook om in het belang van de patiënt en het behoud van diens baan een snellere communicatie tot stand te brengen tussen bedrijfsartsen en de curatieve sector. De bedrijfsarts en de behandelend arts horen steeds meer op één lijn te komen. De gebruikelijke telefonische vorm van overleg binnen de curatieve sector is mijns inziens ook mogelijk voor de communicatie tussen behandelend arts en bedrijfsarts. Waarschijnlijk is door verwarring van de taken van de bedrijfsarts met die van de verzekeringsarts de verhouding tussen de bedrijfsarts en de curatieve sector in het verleden ernstig verstoord. Ik hoop in het belang van de patiënt op een goede samenwerking in de toekomst.

A.G. SANGSTER,  
bedrijfsarts

Arbodienst Oost-Gelderland

Duiven, augustus 1997

### *Een amoebenabces in de lever; vroeg vermoeden, late detectie*

Met belangstelling lezen wij het artikel van Te Velde et al. (1997:1436-9). In dit artikel worden 2 patiënten beschreven bij wie een amoebenabces pas bij herhaald echografisch onderzoek kon worden vastgesteld. Gezien het feit dat een aanwijzing bij figuur 2 niet correct is – long wordt maag genoemd [een verbetering is verschenen (1997:1720)] – en het feit dat de foto's zonder referentie zijn afgedrukt, nemen wij aan dat de radiologische inbreng bij het totstandkomen van het artikel gering is geweest.

Het artikel beschrijft een diagnostisch en in niet geringe mate een radiodiagnostisch probleem. De boodschap, wat betreft de radiodiagnostiek, bevat de terechte constatering: '... normale bevindingen bij echografisch onderzoek sluiten in het vroege stadium de ontwikkeling van het leverabces niet uit.'



Herhaald onderzoek is dan ook aangewezen bij patiënten met onlangs ontstane klachten'. Deze summier, zeer algemene conclusie geldt ook indien andere aandoeningen worden vermoed (bijvoorbeeld metastasen).

Het artikel suggereert dat beeldvorming alleen nodig is om het abces aan te tonen, waarna de medicamenteuze behandeling kan beginnen. Hieruit zou men kunnen afleiden dat echografie niet hoeft plaats te vinden als een extra-intestinale amoebenmanifestatie door middel van serologisch onderzoek is aangetoond. Beeldvorming is echter ook nodig om dreigende complicaties op het spoor te komen (bijvoorbeeld perforatie naar de pleuraholte). In deze gevallen kan het abces radiologisch of chirurgisch gedraineerd worden. Deze alternatieve behandelingsmethode wordt niet vermeld.

Wij zijn met de auteurs van mening dat echografie het onderzoek van keuze is. Wanneer echter de uitgebreidheid van het abces niet duidelijk is vast te stellen, kan het nodig zijn om een CT-scan te maken. De CT-opname van patiënt B, waarmee grootte en vorm van het abces beter konden worden vastgesteld, onderschrijft deze stelling. Ook zou met behulp van CT het abces waarschijnlijk in een vroeger stadium zijn aangetoond. Er is in deze fase immers reeds necrotisch weefsel dat niet of minder aankleurt na intraveneuze contrasttoediening.

Wij zijn voorts van mening dat een multidisciplinaire aanpak het artikel inhoudelijk sterker had gemaakt. Omdat wij vinden

dat zoveel mogelijk moet worden gestreefd naar synthese en integratie van medisch-specialistische kennis, zouden wij in het algemeen willen pleiten voor een multidisciplinaire en dus veelzijdige beschrijving van klinische casuïstiek, meer dan uit dit artikel blijkt, vooral als de problematiek ook in de praktijk multidisciplinair benaderd wordt.

G.J.JAGER  
F.A.M.B.JOOSTEN  
J.H.J.RUIJS

Nijmegen, augustus 1997

Wij danken de collegae Jager et al. voor hun waardevolle radiologische aanvulling op ons artikel. Dat wij onze radiologen niet formeel bij het artikel betrokken hebben, heeft zijn oorzaak in de ontstaanswijze van het artikel. Het was oorspronkelijk als klinische les geschreven, zonder foto's. De boodschap was immers het vasthouden aan het klinisch vermoeden en het vandaaruit herhaald vragen om nader onderzoek (radiologisch, serologisch).

J.WEITS  
L.F.TE VELDE  
E.E.BLAAUWWIEKEL  
H.G.SPRENGER

Groningen, september 1997

---

## Boekaankondigingen

B.R.Korf, *Human genetics. A problem-based approach*. 363 bl., fig., tabellen. Blackwell Science, Cambridge, Mass. 1996. ISBN 0-86542-353-9. Prijs: ingen. f 65,70.

De laatste jaren verschijnen er veel nieuwe boeken over uiteenlopende facetten van het genetisch onderzoek. Nieuwe uitgaven van reeds langer bestaande leerboeken en overzichten van grote delen van het vakgebied kenmerken zich door een toename van informatie van één boek naar twee en drie delen, elk met steeds meer bladzijden en een kleiner lettertype; uiteindelijk komt er weer een handzame, maar wel kostbare cd-rom, waarmee de arts of onderzoeker snel de benodigde informatie kan vinden.

Het hier te bespreken boek van Korf, die – zoals in de VS gebruikelijker is dan bij ons – tegelijk neuroloog, kinderarts en directeur van het klinisch-genetische programma is, volgt een originele lijn om studenten (en wie van ons is dat niet?) vertrouwd te maken met de moderne ontwikkelingen in de humane genetica. Al de 10 hoofdstukken en ook onderdelen ervan beginnen met de beschrijving van een klinisch probleem. Vervolgens wordt het diagnostisch onderzoek gevolgd, van chromosoomonderzoek en biochemische analyse tot de vaststelling van een mutatie op het niveau van het DNA. Ter inleiding van de verschillende stappen in de laboratoriumdiagnostiek wordt, soms zeer gedetailleerd, het wetenschappelijk onderzoek beschreven dat aan de ontdekking van de betreffende enzymdeficiëntie ten grondslag lag, of er wordt aangegeven hoe het gen defect dat de ziekte veroorzaakt heeft, is geïdentificeerd.

Het aardige van de opzet van dit boek is dat de ontwikkeling van het kind met een specifieke aangeboren misvorming of erfelijke ziekte wordt gevolgd. Ook de perceptie van de ouders komt aan de orde. Het nadeel van de gevolgde benadering is dat de keuze van de beschreven ziektebeelden enigszins willekeurig is, zij het dat wel de meest voorkomende aangeboren/erfelijke afwijkingen besproken worden.

De titel van hoofdstuk 1, 'Inborn errors of metabolism', wordt niet waargemaakt aangezien alleen het albinisme en de neurologische recessief overervende gangliosidosis van Tay-Sachs uitgebreid worden besproken, terwijl er in werkelijkheid ruim 400 erfelijke stofwisselingsziekten bekend zijn. De principes van de overervingspatronen en moleculaire achtergronden komen echter wel goed aan bod. Dit commentaar geldt tevens voor hoofdstuk 2, over structurele genmutaties, die aan de hand van klinische casussen van osteogenesis imperfecta en het Marfan-syndroom worden behandeld. Ook de titel van hoofdstuk 3, 'The human genome', is ruimer dan de tekst die volgt: deze gaat vrijwel uitsluitend over cystische fibrose. De volgende, zeer overzichtelijke, hoofdstukken gaan over X-gebonden erfelijke aandoeningen, chromosoomafwijkingen en mitochondriale overerving. De hoofdstukken 8 en 9, over respectievelijk kankergenetica en ontwikkelingsgenetica, hebben weer als bezwaar dat de keuze van ziektebeelden beperkt is. Hoofdstuk 10 geeft een goed beeld van wat er op dit moment aan bevolkingsonderzoek naar frequente genmutaties (zoals die voor thalassemie) mogelijk is. Elk hoofdstuk eindigt met een aantal vragen en gelukkig staan achterin het boek de juiste antwoorden, want voor de meeste artsen zal de beantwoording niet zo eenvoudig zijn. Tot troost moge dienen dat het boek in eerste instantie voor Harvard-studenten is geschreven.

Korfs boek verdient zeker ruime aandacht omdat het klinisch gericht is, de tekst prettig en duidelijk is en de illustraties overzichtelijk zijn.

H.GALJAARD

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Volksgezondheidszorg*. (Rapporten aan de Regering, nr. 52.) 186 bl., fig., tabellen. Sdu Uitgevers, Den Haag 1997. ISBN 90-399-1300-5. Prijs: ingen. f 59,-.