



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Ziekte van Hodgkin

van den Berg, H.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
van den Berg, H. (1997). Ziekte van Hodgkin. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 1877-1878.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

tuur in °C wordt weergegeven. Mogelijk kan het gevonden verschil door de instelling van het apparaat verklaard worden. Indien het een consistent verschil is, maakt het uiteraard niet veel uit of het apparaat hiervoor corrigeert of dat de gebruiker dit zelf doet – als er maar rekening mee gehouden kan worden, zoals de auteurs terecht opmerken.

Het grote probleem waar deze auteurs zich mee geconfronteerd zien, is een groot aantal sterk verschillende uitslagen bij gelijktijdig gebruik van de verschillende meters. Door de niet erg uitgebreide beschrijving van hun methoden is het niet goed mogelijk een verklaring te geven. Werden bijvoorbeeld meerdere afwijkende metingen vastgesteld bij dezelfde patiënten? De metingen werden klaarblijkelijk herhaaldelijk bij dezelfde patiënten tijdens dezelfde opname verricht: gemiddeld 12 maal 2 metingen bij dezelfde patiënt. De auteurs vermelden ook dat het aantal metingen per patiënt verschilde. Gezien het gemiddeld grote aantal metingen zullen er dus ook patiënten zijn geweest bij wie er meer dan 12 metingen werden verricht. Al deze metingen zijn in de resultaten verwerkt. Methodologisch is dit overigens onjuist. Op deze manier worden namelijk onbekende aantallen afhankelijke en onafhankelijke waarnemingen bij elkaar gevoegd. De uitkomsten van berekeningen die zijn gebaseerd op zulke gegevens zijn niet betrouwbaar. Ook is het gebruik van een correlatiecoëfficiënt om de overeenkomst tussen biologische meetmethoden te bestuderen niet het meest adequate middel.³

De auteurs vermelden verschillen in de twee meetmethoden en gaan er min of meer van uit dat dus de metingen met de infraroodthermometer onjuist zijn, maar dat behoeft niet het geval te zijn, zoals wij in ons artikel hebben beschreven. De rectale temperatuur kan snelle veranderingen van de centrale temperatuur niet volgen, waardoor verschillen kunnen ontstaan. Ook kunnen lokale factoren de rectale temperatuur beïnvloeden; dit was mogelijk het geval in het door de auteurs genoemde onderzoek waarin bij 37 marathonlopers rectaal een verhoogde temperatuur werd gevonden die met de trommelvliesthermometer niet steeds werd bevestigd.⁴

Wij hebben na de invoering van de infraroodthermometer, twee jaar geleden, verschillen zoals beschreven door Van Berkel et al. in de praktijk niet gevonden en de thermometers voldoen naar volle tevredenheid.

Indien er een onjuiste temperatuurweergave van een digitale thermometer vermoed wordt, verdient het aanbeveling na te gaan hoe de temperatuur is gemeten en wat de klinische omstandigheden zijn van de patiënt; indien er inderdaad een verkeerde temperatuurweergave zou kunnen zijn, dient men dan ook met een kwikthermometer rectaal de temperatuur te meten.

De ongerustheid van de auteurs met betrekking tot de temperatuurmeting lijkt echter een reëel probleem, dat onze inziens besproken zou moeten worden met de fabrikant van de infraroodthermometer. Wellicht kan in gezamenlijk overleg een manier worden gevonden om meer duidelijkheid te krijgen aangaande de oorzaak van de gevonden verschillen en de blijkbaar onvoldoende detectie van een verhoogde lichaamstemperatuur bij gebruik van de infraroodthermometer.

LITERATUUR

- 1 Slot A. Verschillen tussen orale, axillaire en rectale temperatuurmeting in het traject 36,5-40,5°C. Ned Tijdschr Geneesk 1984;128:1983-5.
- 2 Klein DG, Mitchell C, Petrinc A, Monroe MK, Oblak M, Ross B. A comparison of pulmonary artery, rectal, and tympanic membrane temperature measurement in the ICU. Heart Lung 1993;22:435-41.
- 3 Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. Lancet 1986;i:307-10.

- 4 Roth RN, Verdile VP, Grollman LJ, Stone DA. Agreement between rectal and tympanic membrane temperatures in marathon runners. Ann Emerg Med 1996;28:414-7.

C.T.POSTMA
TH.DE BOO
J.A.T.M.KAMPS
J.W.M.VAN DER MEER

Nijmegen, juli 1997

Het 'medisch arbeidsongeschiktheids criterium'

Het in het kader van de recente rechtspraak zeer actuele artikel van Rooijmans (1997:1647-8) bevestigt de door Knepper terecht uitgesproken mening dat het bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid niet primair gaat om de vraag of er sprake is van ziekte (of gebrek), maar om de vraag in hoeverre de gevolgen daarvan van invloed zijn op het arbeidsvermogen. Zo is niet iedere patiënt met multiple sclerose volledig arbeidsongeschikt. Er zijn immers lijdens aan deze ziekte die slechts weinig neurologische klachten of afwijkingen vertonen.

Voordat bepaald kan worden wat de gevolgen zijn van ziekte, is het echter wel noodzakelijk dat vastgesteld wordt of er ziekte bestaat. Nu is er nog nooit een bevredigende definitie gegeven van het begrip 'ziekte'. In de praktijk gaan wij na of de bevindingen verkregen uit de anamnese en het onderzoek passen in de ons bekende referentiekaders die wij 'diagnose' noemen. Als dat het geval is, spreken wij van ziekte. Nu komt het zeer veel voor dat er klachtenpatronen bestaan die niet passen in één der diagnostische referentiekaders. Het kan dan zijn dat er toch sprake is van een ziekte, die wij echter niet kennen of die nog onvoldoende 'objectieve' symptomen heeft veroorzaakt, maar het kan ook zijn dat factoren van niet-medische aard een rol spelen. Om dit probleem op te lossen dienen de ogenschijnlijk tegenstrijdige gegevens te worden beoordeeld naar hun diagnostische 'zwaarte', alvorens bepaald wordt welke van deze gegevens betekenis hebben voor het vaststellen van een omschreven ziekte en welke niet. De aanwezigheid van ziekte moet altijd op medisch-wetenschappelijke gronden kunnen worden verdedigd.

Een pragmatische omschrijving van het ziektebegrip kan zijn dat er van ziekte gesproken moet worden als de arts op grond van zijn opleiding en bekwaamheid van oordeel is dat er ziekte bestaat en dit ook overtuigend duidelijk kan maken aan bekwame vakgenoten op het betreffende onderdeel der geneeskunde.

G.K.VAN WIJNGAARDEN

Amsterdam, augustus 1997

Ziekte van Hodgkin

Met interesse heb ik de bijdragen van Noordijk et al. en Raemaekers gelezen over de behandeling van de ziekte van Hodgkin bij volwassenen (respectievelijk 1997:1281-4 en 1285-9). Beide artikelen signaleren het probleem van de langtermijneffecten, vooral de secundaire maligniteiten, die onder andere aan radiotherapie te wijten zijn. Bij de behandeling van kinderen moet men in nog sterkere mate dit punt laten meewegen bij de keuze van de therapie. In de literatuur zijn enkele artikelen waarbij kinderen behandeld werden met alleen chemotherapie.

Reeds in 1972 rapporteerden Ziegler et al. dat kinderen met klinisch stadium I en II met alleen chloormethine, vincristine, procarbazine en prednison (MOPP) een langdurige overleving van 65% bereikten.¹ Van den Berg et al. meldten in 1987 bij patiënten met lymfnodi kleiner dan 4 cm een ziektevrije over-

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

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.² 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.⁵

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

- 1 Ziegler JL, Fass L, Bluming AZ, Margrath IT, Templeton AC. Chemotherapy of childhood Hodgkin's disease in Uganda. *Lancet* 1972;2:679-82.
- 2 Berg H van den, Zsiros J, Behrendt H. Treatment of childhood Hodgkin's disease without radiotherapy. *Ann Oncology* 1997;8:S15-7.
- 3 Ekert H, Waters KD, Smith PJ, Toogood I, Mauger D. Treatment with MOPP or ChIVPP chemotherapy only for all stages of childhood Hodgkin's disease. *J Clin Oncol* 1988;6:1845-50.
- 4 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.
- 5 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.