

Beste

5.1.2e

Inleiding;

Het beddentekort op IC afdelingen kan zo nijpend worden dat op basis van een grof leeftijds criterium (uitsluiten van >70 ) de selectie moet worden gemaakt wie wel en wie niet in aanmerking komt voor beademing op de IC. Gezien mijn rol als deelnemer aan het LUMC project voor het persoonsgebonden patiëntendossier en de relatie tussen therapeutisch succes en de expressie van het menselijk genoom acht ik bij de door ons nagestreefde benadering van differentiatie van therapieën vanuit het menselijke DNA de kans aanwezig dat we de noodzakelijk geachte voorselectie met een nog grotere voorspellende waarde kunnen doen dan volgens de huidige strategie. Kort door de bocht: Net zoals (we besproken hebben) dat het RNA bij de opname van B12 uit de darm een discriminerende rol speelt in het al dan niet parenteraal dan wel intracutaan toedienen van B12 met verregaande consequenties, kan ik me voorstellen dat fenotype:

- 1) Een grote rol zou kunnen spelen bij een gedifferentieerde selectie op basis van de voorspellende waarde van functionerend RNA.
- 2) Harde genetische kenmerken bepalend zijn voor differentiatie van therapie i.c. scheiding van responders en non-responders.

Het belang van deze benadering is heel groot. Uitgaande van de huidige geïncludeerde patiëntenpopulatie in Cito en de beoogde 50 % besmetting alvorens groepsimmunitet te verkrijgen hebben we nu al een onderzoeksgroep N van 3000 potentiële kandidaten

Voeg daaraan onze eigen populatie van het B12 onderzoek toe en we hebben een onderzoeksgroep met statistische waarde.

Ter overweging: afname afweer, DM, spierziekten, astma, COPD aanleg spelen de facto nu al een rol bij de selectie. Er zijn grote regionale verschillen in overleving

Vraagstelling in klinische onderzoekstermen; Zijn er kritische succesfactoren te vinden in het menselijk DNA die de pretest likelyhood van therapeutisch succes op basis van voorselectie en differentiatie vergroten?

Met vriendelijke groet

5.1.2e

5.1.2e

