

VRAAG EN ANTWOORD

BEHANDELING VAN LYMFOSARCOOM MET CYTOSTATICA

Vraag No. 35. Komen cytotoxische stoffen in aanmerking voor behandeling van lymfosarcoom als vervanging, resp. aanvulling van röntgenbestraling, buiten beschouwing gelaten de gevallen die voor chirurgisch ingrijpen in aanmerking kunnen komen?

Antwoord. Een behandeling met cytotoxische stoffen, ook wel cytostatische of „radiomimetic” stoffen genoemd, wordt veelvuldiger toegepast, nu er meer van deze verbindingen bekend zijn, en er minder giftige in de handel zijn gekomen. Aanvankelijk werd uitsluitend met röntgenbestraling behandeld; de cytotoxische stoffen (o. a. stikstofmosterd, TEM, CB 1348 of chlorambulcil) betekenen dus een uitbreiding van de therapeutische mogelijkheden. Door het invoeren van de medicamenteuze behandeling is bestraling geenszins op het tweede plan gekomen. Hoewel het niet mogelijk is, nauwkeurig aan te geven wanneer er moet worden bestraald en wanneer aan cytostatica de voorkeur moet worden gegeven, kunnen de volgende algemene richtlijnen wellicht bij een beslissing van nut zijn.

1. Bij een proces dat voornamelijk op één plaats is gelokaliseerd, verdient bestraling de voorkeur boven chemotherapie. Klierzwellingen in hals, oksels, liezen, mediastinum, hili, of een vergroting van de milt zal men dus, indien ze tot deze ene plaats zijn beperkt, bestralen.

2. Gegeneraliseerde klierzwellingen, al of niet gecombineerd met een vergroting van milt of lever, zal men bij voorkeur eerst met cytostatica behandelen.

3. Als de zwelling echter zo groot is, dat een spoedig slinken ervan niet te verwachten is, of indien klierzwellingen aanleiding geven tot klachten (pijn, benauwdheid, hoesten), die verkleining van de zwellingen urgent maken, verdient bestraling in dat geval, ondanks het algemene karakter der systeemziekte, de voorkeur boven het gebruik van cytostatica. Regressie van lymfoïd weefsel vindt sneller plaats door bestraling dan door chemotherapie.

Het is bij een gegeneraliseerd proces niet goed, te veel velden tegelijk of na elkaar te bestralen. In de eerste plaats wordt daardoor het ontstaan van resistentie tegen röntgenstralen verhaast, en in de tweede plaats bestaat er kans, dat de behandeling wel eens door bijverschijnselen zou moeten worden afgebroken.

Behandeling van systeemziekten kan dus nimmer worden geschematiseerd; de hierboven gegeven richtlijnen dragen daarom een algemeen karakter. De behandeling moet er, met de ons thans ter beschikking staande mogelijkheden, op gericht zijn, de validiteit van de patiënt te bevorderen. Een der middelen, waarmee dit kan worden bereikt, is afwisseling van de behandelingswijzen. Cytostatica zijn in het te volgen behandelingschema geen vervangmiddel, of aanvulling van röntgenbestraling, doch beide behandelingswijzen hebben hierin hun eigen plaats.

INGEZONDEN

THERAPIE VAN STOTTEREN

Het antwoord op vraag 27 (1958) behoeft volgens mij enige uitbreiding. Stotteren kan heel goed door hypnose genezen, als het een psychische oorzaak heeft. Om dit uit te maken moet men de patiënt enige vragen stellen; als de meeste ontkennend worden beantwoord, wijst dat op een psychische oorzaak. Deze vragen zijn:

Stottert U:

1. als U zingt,
2. als U fluistert,
3. als U in koor spreekt,
4. als U alleen bent,
5. als U tegen uw hond, kat of een ander huisdier praat,
6. als U zeer langzaam spreekt,
7. als U zeer driftig bent? (Bij kinderen: als zij opgaan in hun spel).

Deze patiënten genezen door medische hypnosebehandeling dikwerf heel goed, ook al bestaat het stotteren 20 à 30 jaar. Collega KOSTER heeft er tientallen genezen.

De hypnosebehandeling is een kunst op zichzelf. Het is altijd een proberen, en het hangt ook af van de medicus-hypnotiseur. De een zal succes hebben, waar de ander faalt. Maar bij een psychische oorzaak van het stotteren is de kans op genezing met hypnose zeer gunstig, zelfs al bestaat het stotteren jaren lang. Evenwel, hoe jonger en vroeger de patiënt wordt behandeld, des te korter duurt de behandeling. Ikzelf heb ook enkele van deze patiënten behandeld, steeds met succes, en het waren geen lichte gevallen.

Literatuur: Vraag 27 (1958) *Ned. T. Geneesk.* 102, 682.

's-Gravenhage, 9 april 1958

J. DE JONGH

Het is bekend, dat vele patiënten niet stotteren als zij fluisteren, in koor spreken of alleen spreken. Vele stotteraars weten dat echter niet; ook zijn vele stotteraars verbaasd over de aard en de frequentie van hun herhalingen en onderbrekingen als zij een weergave van hun eigen spreken horen die op een geluidsband is vastgelegd. Menige stotteraar kan zichzelf dus slecht beoordelen en ook geen of onvoldoende antwoord geven op de door inzender gestelde vragen.

In de loop van meer dan een eeuw zijn er talloze behandelingswijzen voor (vormen van) stotteren aangegeven en gepropageerd, en even zovele hebben na enige tijd gefaald, of hebben bij de een wel, bij de ander geen succes gehad. De methode van Gutzmann, die in Nederland lang is gepropageerd, schijnt door de ontwerper zelf met veel vrucht te zijn toegepast; na zijn overlijden bleek de methode te Berlijn weinig baat te geven. Vandaar dat er allerlei behandelingswijzen zijn beproefd (operatie, spreek- en ademhalingsoefeningen, hypnose, psychoanalyse, ontspanning, enz.) bij velerlei stotterverschijnselen, maar geen enkele methode heeft zich gehandhaafd als de juiste techniek bij uitstek.

Volgens alle deskundigen is stotteren in de jeugd een kruis, maar het gaat vaak over met enige behandeling of ook wel daarzonder. Dienstplichtigen stotteren dan ook weinig meer. Hypnotische behandeling heeft bij sommige vormen van stotteren ook wel eens een gunstig resultaat, evenals zo vele andere therapieën, maar gezien de vele mislukkingen kan men haar niet als de methode bij uitstek aanbevelen.

Het is overigens de vraag, in hoeverre stotteren dat men genezen acht, inderdaad altijd genezen is; de deskundige hoort vaak aan het spreken van de volwassene nog, dat die in zijn jeugd heeft gestotterd.

Wat tenslotte de toepassing van hypnose bij kinderen betreft, er is alle reden om daarmee uiterst voorzichtig te zijn; wat men hier in verband met de Ik-ontwikkeling doet, is een (ernstig) probleem.

REDACTIE

MASTITIS PUERPERALIS

De beantwoording van Vraag 22 over mastitis puerperalis heeft zeer veel ingezonden stukken uitgelokt. Het zou al te veel plaatsruimte kosten, indien deze alle in extenso werden afgedrukt. Wij laten hieronder de voornaamste reacties volgen, zoveel mogelijk met vermelding van de inzender die deze te berde heeft gebracht, waarna onze adviseur het woord krijgt voor het geven van een min of meer samenvattend antwoord.

Collega J. T. VAN DER VEEN te Lienden vraagt of het antwoord is de borstvoeding te laten voortzetten bij ontsteking, ja zelfs abcedering. Hij wijst voorts op de koortsdaling na toediening van antibiotica en acht het niet ondenkbaar, dat deze middelen toch werkzaam zijn, indien de ontsteking nog niet in een abces is overgegaan.

Collega H. J. KOLK te Groningen schrijft sinds 1940 aan elke patiënte met mastitis puerperalis sulfonamiden voor, gecombineerd met een ijsblaas enz.; in een latere periode bovendien penicilline (1 miljoen eenheden per dag). Bij deze behandeling was het zelden of nooit nodig de chirurg om hulp te roepen.

Collega H. REERINK te Rotterdam wijst erop, dat mastitis onderdeel kan zijn van een gezinsinfectie, waarbij schijnbaar onschuldige manifestaties als paronychium, hordeolum, impetigo, furunkel, als voorboden reeds kleine ongemakken hebben gegeven aan andere gezinsleden. Dergelijke gezinsinfecties kunnen ernstige gevolgen hebben voor de pasgeborene. De combinatie van osteomyelitis van de bovenkaak of van sepsis bij de zuigeling en mastitis bij de moeder is niet ongewoon.

Ook collega H. J. KOOY te Rotterdam merkt op, dat van pediatrie zijde steeds meer bezwaar wordt gemaakt tegen het zogen van een kind aan een borst met mastitis.

De semi-arts H. BAART DE LA FAILLE te Leiden wijst op een tegenspraak tussen Nederlandse hoogleraren en de deskundige die Vraag 22 heeft beantwoord: het nieuwe *Leerboek der verloskunde* beveelt het gebruik van antibiotica wel aan (bl. 675).

Collega H. A. BOLAND te Terneuzen heeft sedert tien jaar bij geen enkele mastitis puerperalis meer moeten incideren. Hij kon steeds volstaan met punctie, aspiratie en lokale toediening van antibiotica.

Collega A. C. BOOT te Giessenburg beschouwt het aanleggen van de zuigeling aan een borst met abcederende mastitis als een kunstfout en acht antibiotica onmisbaar bij de behandeling van mastitis. Hij noteerde na 275 bevallingen 30 gevallen van mastitis (hierbij vier vrouwen tweemaal en één vrouw driemaal). Bij zes patiënten ontstonden abcessen. Hij is van mening, dat zo vroeg mogelijke behandeling met antibiotica en ijsblaas, dagelijkse controle, en bij uitblijven van goede reactie overgang op een ander antibioticum, de ziekteduur van de mastitis aanzienlijk kunnen bekorten.

Collega J. TH. H. GROND te Deventer beschrijft de behandeling van mastitis zoals hij die nodig acht in extenso. Volgens hem is mastitis meestal veroorzaakt door *Staphylococcus aureus* die „normaal” goed gevoelig is voor penicilline. Wegens de mogelijkheid van resistente stafylokokken geeft hij geen antibiotische therapie aan vrouwen die de infectie in een ziekenhuis hebben opgelopen; aan de andere geeft hij alleen penicilline (viermaal 200.000 eenheden) wanneer de therapie kort na het ontstaan van de mastitis

kan beginnen. Is het effect na twee dagen niet duidelijk, dan bestaat er een abces en is chirurgische hulp nodig. Is het effect duidelijk (daling van temperatuur, vermindering van pijn en zwelling) dan gaat hij door tot de ontsteking klinisch geheel genezen is.

Collega G. J. LUBBERS te 's-Gravenhage is van mening, dat het antwoord op Vraag 22, afgezien van de laatste alinea die een waarschuwing tegen antibiotica bevat, evengoed in een vooroorlogse aflevering van het *Tijdschrift* kon hebben gestaan. Hij maakt voor de behandeling onderscheid tussen acute mastitis puerperalis en sluipend-chronische. Bij acute mastitis ondersteunt hij de klassieke therapie met een werkzaam antibioticum. Daarvoor kiest hij een breed-spectrum antibioticum, in het bijzonder chloortetracycline. Bij chronische mastitis heeft hij van dit laatste eveneens een goede werking gezien. Hij waarschuwt voor masseren van de ontstoken borst. Is er eenmaal een abces gevormd, dan tracht hij door herhaalde punctie incisie te voorkomen. Ook hierbij dient hij antibiotica toe. Hij wijst op de mogelijkheid een groot abces van de borstplooi uit te incideren; er ontstaat dan een litteken dat minder ontsierend is dan dat van de gebruikelijke radiaire incisie.

Onze adviseur merkte naar aanleiding van de boven summier weergegeven ingezonden stukken het volgende op:

1. *Het toedienen van antibiotica.*

In de praktijk wordt bijna steeds penicilline gebruikt. Zowel chirurgen als vrouwenartsen zien na inspuiten van penicilline, dat de mastitis ogenschijnlijk beter wordt, omdat de temperatuur neiging tot daling toont. De bacterie wordt echter niet gedood, maar slechts minder virulent gemaakt. De ontstekingsverschijnselen blijven onduidelijk en een abces wordt te laat herkend (KOOREMAN 1958). Er ontstaan dikwijls uitgebreide infiltraten met bindweefselwoeking, waardoor de genezing ook na incisie van een abces zeer wordt vertraagd (PREISLER 1955). Alleen toediening van het antibioticum in een zeer vroeg stadium zou succes kunnen hebben, maar in dit stadium is de mastitis niet te onderscheiden van een gewone zogstuwing. Men zal dan vaak penicilline zonder noodzaak geven (KOOREMAN 1958). Voorts moet men de laatste jaren ernstig rekening houden met penicillineresistente bacteriën (DE JODE 1957). Vele auteurs (o.a. MUTH 1956, ELSNER en THEWANGER 1956) waarschuwen daarom tegen toediening van penicilline bij mastitis.

2. *Het zogen van het kind bij mastitis.*

Indien men ervan overtuigd is, dat aan het kind schade wordt berokkend, moet men bij een borstontsteking het kind niet aanleggen. Het bewijs dat door bacteriën, die via de mond in het lichaam van het kind komen ernstige ziekteverschijnselen ontstaan, is echter nog niet geleverd. Trouwens wil men consequent zijn, dan zal men reeds bij de aanwezigheid van tepelkloven het zogen moeten staken; in deze wonden zijn altijd bacteriën te vinden. Zelfs bij volkomen intacte tepels worden bacteriën in de melk gevonden (LINDEMANN 1955) en zou het kind dus gevaar kunnen lopen. Omdat de mastitis meestal een lymphangitis is, zal in de moedermelk het aantal bacteriën bij deze ontsteking niet veel groter zijn dan anders. Dit is de reden waarom, terwille van het goed leegmaken van de borst, het zogen kan worden voortgezet. Pas bij abcesvorming bestaat er gevaar van doorbraak in de melkgangen en is staken van het zogen gewenst.

3. *Massage van de borst.*

Er zijn waarschijnlijk evenveel verloskundigen die aan-