

Anders is het met de volwassenen in een gezin waarin hepatitis voorkomt, en van wie het niet bekend is of zij de ziekte hebben doorgemaakt. Bij hen bestaat weliswaar een veel kleinere kans dan bij kinderen om hepatitis te krijgen, maar de risico's van hepatitis bij een volwassene zijn zeer veel groter. Het verdient dan ook zeker overweging, in een gezin, waarin hepatitis voorkomt, de volwassenen (ouder dan 20 jaar) profylactisch te enten, en zeker geldt dit voor de verplegende moeder, die zozeer aan infectie blootstaat. Naarmate de hygiënische toestand in het gezin slechter is, wordt de profylactische enting aanbevelenswaardiger.

Het is nimmer aangetoond, dat zwangeren gevoeliger zijn voor besmetting met hepatitisvirus. Het is moeilijk om een stellige indruk te krijgen, of de infectieuze hepatitis bij zwangeren ernstiger verloopt dan bij niet-zwangeren. Zwangerschap als zodanig kan ongetwijfeld icterus veroorzaken. Zolang wij nog in de onmogelijkheid verkeren om een besmetting met hepatitisvirus aan te tonen, is het dus in vele gevallen moeilijk uit te maken of de icterus het gevolg is van de zwangerschap als zodanig, dan wel van een besmetting met hepatitisvirus bij de zwangere. Vele opgaven in de literatuur zijn in dit opzicht dan ook zeker niet betrouwbaar.

Nu in de laatste tijd de differentiatie der verschillende icterusvormen beter mogelijk is geworden, is toch wel de opvatting ontstaan, dat infectieuze hepatitis bij de zwangere niet ernstiger verloopt dan bij de niet-zwangere. Er blijven echter de gevallen van ernstig en zelfs dodelijk verloopende leverbeschadiging tijdens de zwangerschap. Door het ontbreken van een duidelijk diagnosticum is het dan ook niet te ontkennen, dat besmetting met hepatitisvirus van betekenis kan zijn. Om zich aan de veilige kant te houden is het dan ook zeker aanbevelenswaardig, een zwangere, die vroeger nooit hepatitis heeft doorgemaakt, profylactische gammaglobuline te geven. Gaat men echter van de stelling uit, dat elke verplegende moeder moet worden gecontroleerd c.q. dat haar gammaglobuline moet worden toegediend, dan vormt de zwangerschap geen afzonderlijk indicatiegebied.

De mogelijkheid van besmetting van het kind in utero is nog omstrede. Enkele gevallen zijn beschreven, waaruit zou moeten blijken, dat dit (bij hoge uitzondering) mogelijk is, en dat de vrucht dus in utero hepatitis doormaakt. Enkele onderzoekers hebben de mogelijkheid overwogen, dat een deel der aangeboren levercirrosen het gevolg zou zijn van infectie met hepatitisvirus. Uit die overweging zou toediening van gammaglobuline aan de moeder ter bescherming van de vrucht, bij besmetting van de zwangere, dus zin kunnen hebben. Beschadiging van de vrucht bij besmetting van de zwangere met hepatitisvirus, zoals bij rubeola is niet bewezen.

Hepatitis bij zuigelingen is mogelijk (zie o.a. STOPPELMAN 1952), maar komt zelden voor. Enkele epidemieën zijn echter beschreven. In een aantal gevallen was het verloop zeer ongunstig, zelfs dodelijk. Profy-

lactische enting van zuigelingen dient dus zeker te worden overwogen, wanneer in het gezin hepatitis voorkomt.

Oudere kinderen in het gezin komen, zoals boven reeds aangegeven, in aanmerking voor gammaglobuline, wanneer zij in slechte algemene toestand verkeren. Ook ondervoeding, gastro-enteritides en zware lichamelijke inspanning schijnen de weerstand tegen het hepatitisvirus te verminderen en zijn dus factoren, die de indicatie tot het geven van gammaglobuline aan kinderen mede kunnen bepalen.

In kinderklinieken en kindertehuizen spuite men bij het voorkomen van hepatitis alle kinderen gammaglobuline in.

Ter preventie van hepatitis infectiosa kan worden volstaan met een dosis van 0,02 ml van een 16 pct oplossing van gammaglobuline per kg lichaamsgewicht.

Contra-indicaties tegen gammaglobuline zijn er niet. Het moet intramusculair worden ingespoten. Intraveneuze injectie is gevaarlijk, aangezien daardoor ernstige anafylactische reacties mogelijk zijn.

Met steun van de overheid worden in Nederland voorraden gammaglobuline aangelegd ter voorkoming van epidemieën. In het algemeen geschiedt de verstrekking van gammaglobuline, evenals andere uit menselijk bloed vervaardigde produkten, door het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandsche Roode Kruis (Plesmanlaan 125, Amsterdam W.) rechtstreeks aan de artsen en ziekenhuizen. Het is niet uitgesloten, dat de verstrekking bij de ziekenfondsen op bezwaren zal stuiten, aangezien het hier meer om preventie dan om behandeling gaat.

Literatuur: Vraag No. 69 (1959) Gammaglobuline als profylaxe. *Ned. T. Geneesk.* 103, 1387. — STOPPELMAN, M. R. H. (1852) Hepatitis bij jonge zuigelingen. *Ned. T. Geneesk.* 96, 1330.

INGEZONDEN

NEURALGIE NA CORONARIA-TROMBOSE

Gaarne zou ik een aanvulling willen geven op het antwoord bij vraag 7 (1960) waar de Redactie het schouder-armsyndroom noemt en verwijst naar het artikel van ZUIDEMA (1952). De benaming schouder-hand-syndroom is meer gebruikelijk, aangezien de meeste pijn in dergelijke gevallen in de schouder en in de hand wordt gevoeld (VAN WAYJEN 1951).

Literatuur: Vraag en Antwoord (1960) Neuralgie na coronaria-trombose. *Ned. T. Geneesk.* 104, 187. — WAYJEN, R. G. A. VAN (1952) Reflectoire sympathicus-dystrophie van de arm (met schouder-hand-syndroom). *Ned. T. Geneesk.* 96, 2280. — ZUIDEMA, P. J. (1952) Atrophie van kleine handspieren als gevolg van hartinfarct. *Ned. T. Geneesk.* 96, 1141.

Woerden, februari 1960 R. G. A. VAN WAYJEN

Dr. VAN WAYJEN heeft gelijk, dat ook de naam schouder-hand-syndroom vaak gebruikt wordt. Sommigen spreken zelfs van schouder-arm-hand-syndroom.

De publikatie van Dr. VAN WAYJEN was niet genoemd,

omdat hij de nadruk erop legt, dat de verschijnselen zich bij verschillende ziekten kunnen voordoen. Het artikel van ZUIDEMA (1952) gaat juist in het bijzonder over het verband tussen coronariatrombose en het syndroom. Bovendien ging ZUIDEMA uitvoerig op het ontstaan van het syndroom in. Er werd immers gevraagd naar de oorzaak van het schouder-arm-syndroom.

Amsterdam, 9 maart 1960

REDACTIE

MEDICAMENTEUZE PROFYLAXE BIJ ACUUT REUMA

Naar aanleiding van het antwoord op vraag No. 9 (1960) zou ik graag het volgende willen opmerken.

Hoewel ik het met genoemd antwoord in grote lijnen eens ben, zou ik het accent toch wat anders willen leggen en meer de voordelen van de intramusculaire toediening van benzathine-penicilline-G willen onderstrepen als „drug of choice” bij de profylaxe van recidieven van acut reuma (volgens STOLLERMAN (1952) 1.200.000 E om de vier weken). Genoemde profylactische methode verdient ongetwijfeld de voorkeur (VAN DER MEER e.a. 1956), hetgeen nu nog duidelijker is geworden dan destijds.

Penicilline biedt in de eerste plaats het — niet alleen theoretische — voordeel van bactericidie ten aanzien van de *Streptococcus-A*, in tegenstelling met de bacteriostase, door sulfonamiden verkregen. Verder geeft penicilline, naar tot nu toe is gebleken, geen kans op bacteriële resistentie van *Streptococcus-A* en veroorzaakt het belangrijk minder toxische reacties. De aanvankelijk — vooral in 1956 — vaak voorgekomen onaangename reacties na intramusculaire toediening van de in Nederland gefabriceerde benzathine-penicilline-G (na de injectie meestal één tot twee dagen koorts met verschijnselen van algemeen-ziekzijn) behoren na verbetering van het preparaat vrijwel geheel tot het verleden. Het bezwaar van de pijnlijkheid der intramusculaire injecties wordt nagenoeg geheel opgeheven, wanneer men tevoren door dezelfde naald enkele ml lidocaïne (Astracaine) 1 pct spuit (VAN DER MEER e.a. 1956).

Op de consultatiebureaus, uitgaande van de Rotterdamse Stichting voor Rheumabestrijding, waren op 1 januari 1959 onder controle 142 patiënten — grotendeels kinderen of adolescenten — die profylactisch om de vier weken 1.200.000 E benzathine-penicilline-G kregen; 113 van hen al meer dan twee jaar en 60 meer dan drie jaar. Slechts in drie gevallen kon niet tot deze methode worden overgegaan wegens overgevoeligheidsreacties voor penicilline; een echte penicilline-allergie vormt volgens MILLER (1959) de enige nog bestaande indicatie voor toediening van sulfanilamiden ter voorkoming van recidieven van acut reuma. In vier andere gevallen was volgens de opgave de pijnlijkheid der injectie de reden dat de profylactische behandeling met benzathine-penicilline-G werd gestaakt.

Het nadeel, dat de patiënt beslist om de vier weken moet verschijnen en bij ontrouw gemaand moet worden — bij ziekte eventueel thuis geprikt moet worden — is door een goed functionerende sociale dienst vrijwel geheel te onderwerpen. Hiertegenover staat het grote voordeel, dat men een nauwkeurig inzicht heeft — omdat men het zelf, eventueel

via een verpleegster, doet — in de zorgvuldigheid waarmee de profylaxe wordt uitgevoerd, en niet afhankelijk is, zoals bij sulfaprofylaxe en ook bij de orale penicillinetoediening, van de medewerking en betrouwbaarheid van de patiënt, eventueel zijn ouders.

Tenslotte is het echter, naar de laatste tijd nog overtuigender is gebleken dan vroeger, vooral de doeltreffendheid van deze methode, die de doorslag geeft naar de zijde van de intramusculaire toediening van benzathine-penicilline-G als meest aangewezen methode van profylactische behandeling van acut reuma.

De literatuur der laatste jaren geeft overtuigende cijfers (WOOD e.a. 1957; CATANZARO e.a. 1958; BREESE e.a. 1958; MILLER e.a. 1958, 1959). Onze eigen resultaten zijn hiermede in overeenstemming. Bij de genoemde 142 patiënten, thans — 1 januari 1960 — 514 observatiejaren vertegenwoordigend, werden door ons geen recidieven van acut reuma gezien. In de tijd van de sulfaprofylaxe (VAN DER MEER en QUISPTEL 1957) vonden wij bij 60 kinderen met een duidelijke positieve anamnese van acut reuma gedurende een periode van in totaal 148 observatiejaren 10 recidieven (waarvan overigens slechts bij twee met enige graad van zekerheid was aan te nemen, dat dit recidief zou zijn ontstaan gedurende regelmatige, goed gecontroleerde sulfaprofylaxe).

Literatuur: Vraag No. 9 (1960) Medicamenteuze profylaxe bij acut reuma. *Ned. T. Geneesk.* 104, 233. — BREESE, B. B. e.a. (1958) *New Engl. J. Med.* 259, 62. — CATANZARO, F. J. e.a. (1958) *New Engl. J. Med.* 259, 51. — MEER, P. VAN DER e.a. (1956) *Ned. T. Geneesk.* 100, 21. — MEER, P. VAN DER en B. QUISPTEL (1957) *Ned. T. Geneesk.* 101, 1307. — MILLER, J. M. e.a. (1958) *Amer. J. Med.* 25, 845; (1959) *New Engl. J. Med.* 260, 220. — STOLLERMAN, G. H. ST. en J. H. RUSOFF (1952) *J. Amer. med. Ass.* 150, 1571. — WOOD, H. F. e.a. (1957) *New Engl. J. Med.* 257, 394.

Rotterdam, 19 februari 1960

P. VAN DER MEER

In principe zijn wij het met collega VAN DER MEER eens. In ons antwoord is dan ook vermeld, dat profylaxe met benzathine-penicilline het voordeel heeft, dat men niet meer behoeft te vertrouwen op het geregeld dagelijks innemen van sulfatabletten of penicillinepoeders. Het nadeel is, vooral bij jongere kinderen, dat de patiënten tegen de injecties opzien, ook bij het gebruik van lidocaïne, en dat zij dientengevolge de polikliniek minder geregeld bezoeken. Het bezwaar dat de profylaxe wordt onderbroken, indien de patiënten niet op de vastgestelde tijd terugkomen voor de injectie, is zeer groot. Dit bezwaar is natuurlijk te ondervangen door huisbezoek van een verpleegster of maatschappelijk werkster. Op plaatsen, waar een dergelijke hulpkracht niet beschikbaar is, is de orale profylaxe voor deze patiënten de aangewezen methode, waarvan slechts in enkele speciale gevallen wordt afgeweken.

Het op de voorgrond plaatsen van de orale profylaxe lijkt in ons land wel gerechtvaardigd, omdat de meeste poliklinieken en specialisten niet beschikken over een verpleegster, die geregeld op huisbezoek kan gaan.

Amsterdam, 8 maart 1960

REDACTIE