

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### VERSTREKKING VAN MENSELIJK ANTI-TETANUS-IMMUNOGLOBULINE DOOR HET RIJKS INSTITUUT VOOR DE VOLKGEZONDHEID

Tetanusantitoxine van equine oorsprong zowel voor profylactische toepassing, prijscourantnummer 133.1, als voor therapeutische toepassing, prijscourantnummers 133.2 en 133.10, wordt met ingang van 1 juli 1970 niet meer door het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid geleverd.

Bovenstaande producten zijn vervangen door menselijk anti-tetanus-immunoglobuline. Voor profylactische toepassing staan thans ampullen à 250 AE menselijk anti-tetanus-immunoglobuline ter beschikking dat geleverd wordt in combinatie met 3 ampullen tetanusvaccin voor gelijktijdige actieve immunisatie. Voor therapeutische toepassing kunnen flesjes à 2500 AE menselijk anti-tetanus-immunoglobuline worden aangevraagd.

Deze verstrekkingen kunnen voor rekening van de ziekenfondsen geschieden. De prijzen exclusief B.T.W. zijn als volgt:

	A	B	C
Profylactische toepassing: ampul à 250 AE + 3 ampullen tetanus-toxoïde, prijscourantnummer 135	f 23,—	f 21,—	f 19,—
Therapeutische toepassing: flesje à 2500 AE, prijscourantnummer 135.15	f 147,—	f 145,—	f 143,—

Apothekers en apothekhoudende artsen mogen als vergoeding voor te maken onkosten bij doorlevering deze prijzen met maximaal f 2,— verhogen.

Bestellingen op de gebruikelijke wijze *uitsluitend* bij het R.I.V.

Utrecht, juni 1970

Dr. J. SPAANDER  
Directeur-Generaal

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### HUIDHEMANGIOMEN BIJ KINDEREN

Met veel belangstelling las ik de klinische les van Dr. A. J. C. HUFFSTADT (1970), waarin hij gelukkig nog eens de nadruk heeft gelegd op de spontane regressie van verreweg de meeste huidhemangiomen bij het kleine kind. De esthetisch soms droeve gevolgen van een vroegtijdig, nogal eens operatief, ingrijpen zijn moeilijk te aanvaarden, wanneer, gezien het verdere verloop, zulk handelen achteraf moet worden erkend onnodig te zijn geweest. Daarom stel ik er prijs op, een wijze van behandeling naar voren te brengen die door Dr. HUFFSTADT niet werd genoemd, maar die alleszins het vermijden waard lijkt en die juist voor zulke gevallen in aanmerking komt waar lokalisatie, groeisnelheid of andere eigenaardigheden van het vaatgezwel een afwachende houding van de arts en van de ouders van het patiëntje dreigen te torpederen, namelijk: de behandeling met corticosteroiden.

WADDINGTON (1968) refereerde 18 gevallen van deze categorie huidhemangiomen waar bij 17 gevallen drastische

(„dramatic”) regressie van de vaat tumor optrad gedurende corticosteroidtoediening. De enige uitzondering betrof een tevoren chirurgisch behandeld patiëntje. Een relatief hoge dosering gedurende een korte tijd zou de beste resultaten geven. Duidelijk merkbare regressie van het huidhemangioom trad meestal reeds op binnen twee weken na het begin van de behandeling (ZAREM en EDGERTON 1967; BOWERS en SIMPSON 1968; FOST en EASTERLEY 1968). De ontdekking van dit effect was een toevallige. Trombocytopenie wordt wel eens gezien als een complicatie van kinderhemangiomen (DARGEON e.a. 1959; SHIM 1968) en corticosteroidbehandeling wordt hiervoor al sinds meer dan 10 jaren toegepast. Pas later viel het op dat hierbij vaak regressie van huidvaatumoren optrad.

De veel zeldzamere hemangiomen van de lever zijn vaak met gelijksoortige huidhemangiomen gecombineerd. Zij dwingen soms tot direct ingrijpen door het optreden van ernstige hartdecompensatie, veroorzaakt door de belangrijke arterio-veneuze shunt die hierbij kan ontstaan in de lever. TOULOUKIAN (1970) beschreef deze situatie bij een meisje van 7 maanden, waarbij gedurende een behandeling van twee weken met prednison (2 mg/kg/dag) reeds na een week een drastische verbetering was opgetreden, die ook tien maanden later nog bestond. Deze vorm van therapie was toegepast op grond van de hierboven aangehaalde gunstige ervaringen met corticosteroiden bij de hemangiomen van de huid. WADDINGTON (1968) legt er evenwel de nadruk op dat maar in heel weinig gevallen deze methode van behandelen gerechtvaardigd zou zijn in verband met het risico van groeiremming van het kind, veroorzaakt door de corticosteroiden. Hier doelt hij ongetwijfeld op de situatie waarin een behandeling van langere duur nodig zal blijken te zijn. Ook in dit Tijdschrift werd deze groeiremming bij kinderen onlangs beschreven (KERREBIJN e.a. 1969).

Inmiddels heeft men echter ruime ervaring met corticosteroidtherapie volgens het schema van REICHLING en KLIGMAN (1961), waarbij één keer per 48 uur, en wel 's ochtends, een dosis (prednison) wordt toegediend. Merkwaardig genoeg werd deze behandelwijze juist bij een aantal dermatologische patiënten voor het eerst met succes toegepast (VREEKEN e.a. 1969). Bij deze wijze van dosering blijft meestal het therapeutische effect gehandhaafd, terwijl, ook bij zeer langdurig gebruik, hinderlijke bijwerkingen bijna geheel of geheel achterwege blijven en zelfs, wanneer zij reeds door dagelijkse dosering waren opgetreden, weer verminderen of verdwijnen. Dit betreft bijwerkingen zoals cushingoïde verschijnselen, groeiremming (SOYKA en SAXENA 1965; SOYKA 1967; ACKERMAN en NOLAN 1968; SADEGHINEJAD en SENIOR 1969; SCHULLER 1969; Vraag en antwoord 1969; VREEKEN e.a. 1969) en verhoogd gevaar voor infecties (MACGREGOR e.a. 1969).

Het blijft dus heel wel mogelijk om deze „alternate-day” corticosteroidtherapie eventueel in te leiden met een korte periode van dagelijkse dosering. In ons ziekenhuis heeft zich toevallig nog geen geschikte gelegenheid voorgedaan om deze therapie toe te passen bij een kinderhuidhemangioom, wel daarentegen bij allerlei andere aandoeningen. De ervaringen hierbij opgedaan sinds 1966 waren onverdeeld gunstig.

Een extreem voorbeeld is een meisje van nu 7 jaar, dat wegens een lipoïde nefrose sinds bijna vier jaren om de 48 uur prednison krijgt toegediend. Zij slikte tot nu toe een totaal van bijna 35 kg prednison, wat ongeveer zou neerkomen op een dosering van gemiddeld 25 mg per dag. Zij heeft nooit cushingoïde kenmerken vertoond, geen frequente

of ernstige infecties doorgemaakt of andere complicaties gehad. Haar lengtegroei bleef gedurende de gehele behandelingsduur tussen de 50 en 75 percentiel terwijl ook haar skeletleeftijd met de kalenderleeftijd parallel bleef lopen. Haar urine is nu sinds 1½ jaar eiwitvrij en haar bloedbiochemie normaal. Zij wordt langzaam gespeend van de prednison, waarvan zij nu nog maar per 48 uur 10 mg inneemt. Angst voor groeiremming van het kind is dus geen reden om deze therapie niet toe te passen wanneer een juiste indicatie zich voordoet.

Gezien de betrekkelijke veiligheid van de „alternate-day” prednisontherapie zou ik willen eindigen met de volgende suggestie:

Het lijkt mij wel heel waarschijnlijk dat de vaatgezwollen, die door corticosteroidtherapie tot permanente regressie kunnen worden gebracht juist die gezwollen zijn, die mettertijd spontane regressie zouden hebben vertoond. Zou het dus niet beter zijn een kinderhemangioom, dat ernstig genoeg is om ingrijpen van welke aard ook te overwegen, eerst met corticosteroiden te behandelen?

*Literatuur:* ACKERMAN, G. L. en C. M. NOLAN (1968) Adrenocortical responsiveness after alternate-day corticosteroid therapy. *New Engl. J. Med.* **278**, 405. — BOWERS, R. E. en J. SIMPSON (1968) Personal communication. — DARGEON, H. W., A. C. ADIAO en G. T. PACK (1959) Hemangioma with thrombocytopenia *J. Pediat.* **54**, 285. — FOST, N. C. en N. B. ESTERLY (1968) Successful treatment of juvenile hemangiomas with prednisone. *J. Pediat.* **72**, 351. — HUFFSTADT, A. J. C. (1970) Huidhemangiomen bij kinderen. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 181. — KERREBIJN, K. F., J. P. M. DE KROON e.a. (1969) Corticosteroidbehandeling van kinderen met CARA. 3. Behandeling met prednison en lengtegroei. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 334. — MACGREGOR, R. R., J. N. SHEAGREN, M. B. LIPSETT en S. M. WOLFF (1969) Evaluation of alternate-day prednisone therapy. *New Engl. J. Med.* **280**, 1427. — REICHLING, G. H. en A. M. KLIIGMAN (1961) Alternate-day corticosteroid therapy. *Arch. Derm. Syph.* **833**, 134. — SADEGHI-NEJAD, A. en B. SENIOR (1969) The treatment of ulcerative colitis in children with alternate-day corticosteroids. *Pediatrics* **43**, 840. — SCHULLER, CATH. F. (1969) Enige observaties over de lengtegroei bij astmatische kinderen die dagelijks en (of) alternerend corticosteroiden gebruiken. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 2131. — SHIM, W. K. T. (1968) Hemangiomas of infancy complicated by thrombocytopenia. *Amer. J. Surg.* **116**, 896. — SOYKA, L. F. (1967) Treatment of the nephrotic syndrome in childhood. *Amer. J. Dis. Child.* **113**, 693. — SOYKA, L. F. en K. M. SAXENA (1965) Alternate-day steroid therapy for nephrotic children. *J. Amer. med. Ass.* **192**, 225. — TOULOUKIAN, R. J. (1970) Hepatic hemangioendothelioma: treatment with prednisone. *Pediatrics* **45**, 71. — Vraag en antwoord (1969) Langdurige behandeling met prednison en osteoporose. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 166. — VREEKEN, J., J. P. DE GEUS, V. CEJKA, L. A. DE VRIES en J. G. G. BORST (1969) De intermitterende orale therapie met prednison. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 545. — WADINGTON, E. (1968) Advances in the treatment of diseases of the skin. Systemic corticosteroids in haemangiomas. *Practitioner* **201**, 587. — ZAREM, H. A. en M. A. EDGERTON (1967) Induced resolution of cavernous hemangiomas following prednisolone therapy. *Plast. reconstr. Surg.* **39**, 76.

## DROGENDIJKS PATERNALISME

DROGENDIJK (1970) komt in een tweede klinische les nog eens terug op het mishandelde kind. Eigenlijk komt zijn betoeg neer op twee thema's:

a. vrijheid van keuze tussen rechtsplicht (beroepsgeheim) en ethische plicht (door zelfstandig ingrijpen de belangen van het mishandelde kind gaan behartigen). In het redactionele commentaar (1970) wordt er terecht op gewezen dat de artikelen 272 WvS en 160 en 218 WvS, de arts nu eenmaal de aangiftevrijheid onthouden;

b. iure constituendo mogelijkheden overwegen hoe de Raad voor de kinderbescherming kan worden ingeschakeld (mogelijkheden, die er zonder beroepsgeheimschending van de zijde van de arts niet bestaan).

De principiële fout van het eerste thema brandmerkte ik in het opschrift boven dit ingezonden stuk: paternalisme. Ik acht in beginsel elk „artseningrijpen” (voor zover niet door de wet verplicht) uit den boze. Men vergeve mij mijn grondbeginsel: „de arts is een goede knecht, maar een slechte meester”. Dwingend optreden — buiten het kader van de wet — is in strijd met de dienende taak van de beoefenaren der geneeskunst. Zij behartigen de belangen van de mishandelde kinderen niet, maar dienen die alleen (door goede behandeling). Elke patiënt is vrij de adviezen en voorschriften van zijn behandelende arts op te volgen of simpel in de wind te slaan. DROGENDIJKS neiging tot paternalisme, tot dwingend ingrijpen, is heel eenvoudig in strijd met de menselijke vrijheid.

Menselijke vrijheid omvatten zelfmoordvrijheid, voortplantingsvrijheid, binnenkort ook volledige aborteervrijheid, zeker sterilisatievrijheid, kunstmatige inseminatie- en kunstige bevruchtingsvrijheid en nog wel enige vrijheden meer, die ik in mijn „jurisprudentia medica” duidelijk hoop te etaleren, o.a. seksuele vrijheid, pornografievrijheid. Heus, DROGENDIJK, de tijd van het „paternalisme” is voorbij. Het wetboek van strafrecht zal van heel wat paternalistische bepalingen moeten worden „gekuist”, wil het „up to date” zijn.

De principiële fout van het tweede thema is de onevenredigheid en onevenwichtigheid van de overwogen maatregelen in het licht van de huidige mensheidsproblematiek. Natuurlijk heb ik deernis met die „kindermishandelings-slachtoffers” (tien duizenden), maar ook voor de „verkeersslachtoffers” (honderdduizenden), enz.; ik zal over de ontelbare geestelijk en lichamelijk door hun echtgenoten mishandelde vrouwen niet beginnen en zeker niet over Midden-Oosten, Vietnam, Cambodja, of over Peru, Roemenië en dergelijke landen, waar natuurrampen de bevolkingen decimeren. Over de honger bij grote groepen in ontwikkelde en onderontwikkelde landen. Over de enorme omvang van leed en lijden over de gehele wereld. Daaraan kan alleen een paar atoombommen een einde maken. Wil men de Andes veilig maken, dan moet men die heel simpel ontruimen. Wil men het verkeer in ons land veilig maken, dan zal voor miljarden het wegennet moeten vernieuwd worden. En zo kan ik doorgaan. Leven is risico lopen: „vivere pericolosamente”.

Natuurlijk voel ik wel iets voor de kleine hulpmiddelen, die DROGENDIJK de revue laat passeren, om dit naar verhouding „kleine” kindermishandelingsprobleempje wat minder schreindend te maken voor overgevoelige artsenzielen met paternalistische neigingen.

Veel dringender en dwingender is de problematiek van de sociale „beveiliging” (de volkomen verouderde uitdrukking sociale zekerheid heb ik al lang uit mijn vocabulair ge-