

Ook bij vrouwen in de postmenopauze, die met oestrogene stoffen werden behandeld, is het mogelijk gebleken, door toediening van progesteron een LH-piek te verkrijgen (ODELL en SWERDLOFF 1968; NILLIUS en WIDE 1971). Deze piek treedt reeds 4 tot 8 uur na de injectie op. In de hier besproken studie blijkt dat na toediening van oestradiol de piek pas 48 tot 72 uur na de toediening verschijnt. Het lijkt aantrekkelijk dit verschil in tijdsduur te verklaren door een verschillend feedback-mechanisme op het hypothalamo-hypofysaire systeem. Bijvoorbeeld dat progesteron direct het LH uit de hypofyse vrijmaakt, terwijl oestradiol aanvankelijk juist de afgifte blokkeert en pas bij daling van de spiegel in het bloed de rem opheft. Ook bij de normaal ovulerende

vrouw kan men zich voorstellen dat het afnemen van de oestradiol-spiegel gelijktijdig met een toenemende progesteron-produktie verantwoordelijk is voor de LH-piek, die op zijn beurt bij een aanwezige rijpe follikel aanleiding tot ovulatie geeft.

*Literatuur:* NILLIUS, S. J. en L. WIDE (1971) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwllth* 78, 822; *Acta endocr. (Kbh.)* 65, 583. — ODELL, W. D. en R. S. SWERDLOFF (1968) *Proc. nat. Acad. Sci. (Wash.)* 61, 529.

P. G. HART

## INGEZONDEN

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

### *De betekenis van de $T_3$ -harsopname als parameter voor de schildklierfunctie*

Gaarne zou ik commentaar willen leveren op de publikaties van J. P. DETMERS en P. A. SMITH (1972).

Inderdaad is de PBI-bepaling gevoelig voor verontreiniging met exogeen jodium terwijl dit niet het geval is voor de bepaling van de  $T_3$ -harsuptake test en in zoverre kan ik de conclusie van de genoemde schrijvers dus onderschrijven. Toch ben ik van mening dat in hun publikatie niet voldoende recht wordt gedaan aan de mogelijkheden die voor de schildklierdiagnostiek thans voorhanden zijn.

In de eerste plaat is de bepaling van hormonaal jodium (BACKER 1967; KREUTZER 1972) veel minder gevoelig voor jodiumverontreiniging dan de PBI-bepaling en leent de bepaling zich in de modificatie van KREUTZER zeker voor routine-gebruik in normale klinisch-chemische laboratoria.

Bovendien zijn er, zoals de auteurs in genoemd artikel ook terloops aangaven, kits op de markt voor de bepaling van thyroxine volgens radiochemische technieken die enige overeenkomst vertonen met de bepaling der  $T_3$ -harsopname. Deze hebben hiermee ook gemeen dat storing door exogeen jodium niet meer optreedt. De gevoeligheid van deze methodieken is echter minder dan die van de chemische bepaling van hormonaal jodium.

In de tweede plaats is de informatie betreffende de schildklierfunctie die van de harsuptake wordt verkregen altijd indirect en bovendien als primair gegeven waardeloos als het gehalte van schildklierhormoon bindende eiwitten in het bloed van normaal afwijkt. Zoals de schrijvers ook aangeven is het produkt van  $T_4$  en  $T_3$ , de free-thyroxine-index, een zeer nuttige parameter voor de beoordeling der schildklierfunctie. In combinatie met de bepaling van hormonaal jodium (chemisch) of thyroxine (radio-chemisch) is de bepaling van de harsopname dus wél een nuttige zaak, omdat dan bij de interpretatie van de  $T_4$ -waarden met afwijkende TBG-spiegels rekening gehouden kan worden.

Als losse screeningstest is de bepaling der harsuptake echter ongeschikt, omdat de resultaten bij hyper- of hypothyreotische patiënten een matige respectievelijk een sterke overlap vertonen met de normale waarden. Een betere scheiding van normale en pathologische resultaten wordt verkregen met de bepaling van hormonaal jodium, terwijl de combinatie van de harsopname en hormonaal jodium vrijwel geen overlap geeft van normale en pathologische resultaten.

*Literatuur:* BACKER, E. T., TH. J. POSTMES en J. D. WIENER (1967) *Clin. chem. Acta* 15, 77. — DETMERS, J. P. en P. A. SMITH (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 335. — KREUTZER, E. K. J. (1971) Proefschrift Amsterdam.

Haarlem, maart 1972

J. F. KERKHOFF,  
*klinisch chemicus*

Wij hebben de indruk dat Drs. KERKHOFF de strekking van onze publikatie enigszins verkeerd heeft begrepen. Zoals daarin is vermeld, beoogden wij de resultaten te laten zien van een aan de kliniek getoetste vergelijking van de  $T_3$ -harsopname met de PBI-bepaling. Twee methodieken welke gebruikt worden als screeningstest.

Er is noch gestreefd naar het vermelden van een zo volledig mogelijk schildklierdiagnostiek-programma, noch naar het naar voren brengen van de beste methodiek.

In de praktijk zal bij een nadere beschouwing altijd een onderzoek worden gedaan naar verschillende parameters.

J. P. DETMERS  
P. A. SMITH

### *De röntgenverschijnselen van stenosen van het ileum*

Met grote belangstelling heb ik het artikel gelezen van Prof. DEN HERDER (1972) over de röntgendiagnostiek van stenoserende dunne-darmaandoeningen. Ik vind het heel nuttig dat onze collegae van andere disciplines uit gezaghebbende bron vernemen welke mogelijkheden de radiologie biedt en welke vorderingen er werden bereikt. Wellicht zijn er weinig onderdelen in de radiodiagnostiek aan te wijzen welke deze nieuwe impuls zo zeer behoeven als de diagnostiek van de dunne darm en wel in het bijzonder van de ziekten die tot stenosen en obstructies van het ileum aanleiding kunnen geven.

Hoewel het artikel van Prof. DEN HERDER ongetwijfeld voor studenten en huisartsen bestemd is geweest en het opnemen van meer röntgenfoto's bovendien op bezwaren zal hebben gestuit, zal menig radioloog, internist of chirurg daar toch wel reikhalzend naar hebben uitgezien. Hoe velen, zelfs radiologen, zullen er immers niet zijn die de hier opgesomde aandoeningen nog nimmer op een röntgenfoto hebben mogen aanschouwen en bijvoorbeeld liever naar een foto dan een tekening van een Meckels divertikel hadden gekeken.