

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-productie 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 publicaties 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.

Het komt mij voor dat niet ieder die enige ervaring met dunne-darmziekten opdeed, geheel gelukkig zal zijn geweest met de uitkomsten van de conventionele diagnostiek van een volvulus, strengen, een Meckels divertikel, een invaginatie, een darmwandhematoom, een tumor, ulcus of poliep van het ileum. Daarom zou ik graag het volgende willen opmerken:

1. Reeds enkele jaren geleden is ons gebleken dat de reden van dit falen voornamelijk te wijten is aan de conventionele onderzoekmethode, waarbij de patiënt de contrastvloeistof drinkt en vervolgens, met regelmatige tijdsintervallen, overzichtsopnamen van de darmlussen worden vervaardigd, vaak nog aangevuld met detailopnamen. Teneinde een foutieve interpretatie op grond van de desintegratie van de contrastvloeistof, die inherent is aan een langdurig verblijf in de tractus digestivus, te vermijden en bovendien de ileumlussen ook in een beter gevulde toestand te kunnen onderzoeken, kregen in het Academisch Ziekenhuis te Leiden sinds 1969 meer dan 1000 patiënten het contrastmiddel via een sonde in het duodenum toegediend. De aanzienlijke verkorting van de onderzoekduur door het uitschakelen van de pylorusfunctie van de patiënt was geenszins het motief voor deze handelswijze, zoals Prof. DEN HERDER stelde, maar slechts een prettige bijkomstigheid.

Wij hebben de grote verbetering die deze procedure voor de diagnostiek van dunne-darmaandoeningen heeft betekend, reeds vaak en op verschillende wijzen bekend gemaakt.

2. De aard van een vrijwel totale obstructie in de dunne darm kan slechts met grote hoeveelheden bariumsuspensie zichtbaar worden gemaakt. Het is een misvatting, welke helaas nog al te dikwijls in de literatuur wordt aangetroffen, dat deze bariumsuspensie vóór de stenose zou indikken. Daarover is echter geen enkele concrete mededeling in de literatuur te vinden maar wel zijn er een aantal publikaties over gunstige ervaringen met barium bij een groot aantal patiënten, en bij deze ervaring kunnen wij ons volledig aansluiten. Het is dan ook jammer dat er nog steeds radiologen zijn die trachten een obstructie in het ileum zichtbaar te maken met gastrografine. Deze vloeistof is, zoals ook Prof. DEN HERDER schrijft, sterk hypertoon en wordt daardoor in korte tijd verdund terwijl de reeds met vocht overvulde pre-stenotisch verwijde darmlussen ten hoogste nog verder dilateren. Indien er nog enige doorgankelijkheid bestaat, is er nauwelijks een vloeistof aan te wijzen, welke de nauwe plaats, zonder door ons te worden opgemerkt, gemakkelijker kan passeren.

Bovenstaande aanvullingen op Prof. DEN HERDERS artikel acht ik wel noodzakelijk aangezien zij een beter perspectief voor verbetering van de diagnostiek bieden.

Leiden, maart 1972

J. L. SELINK

Het artikel van professor Dr. B. A. DEN HERDER (1972) over „de röntgenverschijnselen van stenosen van het ileum” heb ik met veel belangstelling gelezen, in het bijzonder het deel dat handelt over de rotatiestoornissen van de darm.

Over hetgeen in dit artikel over deze materie naar voren wordt gebracht, zou ik aangaande twee aspecten nadere aandacht willen vragen.

1. Bij alle afwijkingen, die door een onjuiste rotatie ontstaan, doet zich tevens een stoornis in de fixatie voor; deze kan zowel een onvolledige als een overmatige fixatie zijn of een fixatie op een onjuiste plaats. Derhalve is het juist, bij een bespreking over stoornissen op dit gebied, in de aanhef te spreken van stoornissen in rotatie en fixatie. Het is ge-

bleken dat de pathologie van de stoornissen in de fixatie zeker niet minder belangrijk is dan die van de rotatie (ESTRADA 1958).

2. Op het gebied van de stoornissen in rotatie en fixatie heeft aangaande de nomenclatuur veel begripsverwarring geheerst. Door Prof. DEN HERDER worden in zijn artikel op een overzichtelijke wijze de belangrijkste afwijkingen beschreven. De opmerking echter dat de nonrotation ook wel aangeduid wordt met de naam mesenterium ileocolicum commune (hieronder af te korten met m.i.c.c.) komt het opstellen van een overzichtelijke nomenclatuur niet ten goede.

Wanneer de verkleving van het postarteriële mesenterium met het dorsale peritoneum geheel of gedeeltelijk is uitgebleven, heeft dit tot gevolg dat het mesenterium van een groter of kleiner deel van het colon één geheel vormt met het mesenterium van de dunne darm. Voor deze afwijking, die ook zonder enige vorm van stoornis in de rotatie kan voorkomen, dient de naam m.i.c.c. gereserveerd te worden. In de chirurgische pathologie is in de loop der tijden het m.i.c.c. een begrip geworden; de volvulus die hiervan het gevolg kan zijn, kan tot ernstige verwickelingen aanleiding geven. Naast afwijking op zichzelf kan het m.i.c.c. weliswaar in de meest extreme vorm voorkomen bij een nonrotation. Voorts kan een m.i.c.c. gevonden worden bij bijna elke stoornis in de rotatie.

Literatuur: ESTRADA, R. L. (1958) *Anomalies of intestinal rotation and fixation*. Thomas, Springfield. — HERDER, B. A. DEN (1972) *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 116, 381. — VOORHUIS, F. J. (1964) *Stoornissen in rotatie en fixatie van de middeldarm*. Proefschrift Amsterdam.

Enschede, maart 1972

F. J. VOORHUIS

Ik heb de ingezonden brief van collega VOORHUIS naar aanleiding van mijn artikel met grote belangstelling gelezen en dank hem voor zijn aanvullingen.

Wat betreft het genoemde onder ad 1., wil ik opmerken dat ik zijn gedachtengang deel, dat bij een stoornis in de rotatie tevens een fixatie aanwezig is, maar korthedshalve heb ik de alinea laten beginnen met de zin rotatiestoornissen.

Wat betreft punt 2, ben ik het met collega VOORHUIS eens dat de aanduiding mesenterium ileocolicum commune tot verwarring aanleiding kan geven; aangezien dit woord echter vaak gebruikt wordt in verband met de nonrotation, heb ik het in mijn artikel vermeld.

Amsterdam, april 1972

B. A. DEN HERDER

„Nevenwerking” van geneesmiddelen

Waarom niet gebruik te maken van bestaande samentrekkingen voor het begrip „nevenwerking”, zoals *mis*-werking of *wan*-werking, identiek aan greep-misgreep, beheer-wanbeheer, enz., in plaats van het voorgestelde „scheefwerking” van collega KLEIN OBBINK (1972) dat een ietwat scheve linguïstische indruk maakt?

Literatuur: KLEIN OBBINK, H. J. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 617.

Wolfheze, april 1972
(Discussie gesloten.)

E. G. VAN HEUSDEN