

Literatuur: JANSEN, L. H. (1972) Nevenwerkingen van lokaal geapliceerde corticosteroiden. *Ned. T. Geneesk.* 116, 1497. — GILL, K. A. en D. L. BAXTER (1964) Plasmacortisol suppression bij steroid creams. *Arch. Derm.* 89, 734. — KIRKETERP, M. (1964) Systemic effects of local treatment with fluocinolone acetonide applied under plastic film. *Acta dermat.-venereol. (Stockh.)* 44, 54. — HENDRIKSE, J. C. M. en A. J. MOOLENAAR (1972) Adrenal and pituitary functions during long-term topical steroid therapy. *Dermatologica (Basel)* 144, 179. — FEIWEL, M., V. H. T. JAMES and E. S. BARNETT (1969) Effect of potent topical steroids on plasma-cortisol levels of infants and children with eczema. *Lancet I*, 485. — Annotation (1969) Topical steroids in children. *Lancet I*, 510.

Leiden, 1 september 1972

J. C. M. HENDRIKSE
M. K. POLANO

Deze kritiek komt niet onverwachts. Het maakt echter de indruk alsof eensluidende gegevens in de literatuur, waarvan 6 nummers worden genoemd, deze mening steunen. Diegenen die de dermatologische literatuur kennen, weten dat helaas met 6 nummers schier iedere hypothese te ondersteunen is. Ik kan garanderen dat vele tientallen bronnen in de klinische les zijn verwerkt, doch dat slechts diegenen zijn geciteerd, van wie het werk als essentieel werd beschouwd, wat betreft hun gedegenheid en originaliteit.

ERWIN SCHÖPF (1972) bespreekt de literatuur over hetzelfde onderwerp, 76 nummers, grondig. Natuurlijk zijn zijn stellingen niet alleen vertrouwenwekkend door het grote aantal gegevens, doch het artikel maakt wel een uiterst degelijke objectieve indruk. Zijn conclusies zijn identiek aan de mijne, alleen is hij nog strenger in zijn einduitspraak: „Mit Vorbehalt kann als Faustregel gelten, dass eine ununterbrochene ausserliche Behandlung mit fluorierten Corticosteroiden 14 Tage nicht überschreiten soll!!!“

Een compleet Cushingbeeld, al is het zeldzaam, kan onder de door mij geschetste omstandigheden wel degelijk optreden. Natuurlijk weet ik niet zeker of de interne symptomen van mijn patiënten wel uiting zijn van hypercorticalisme. Ik acht het alleen mogelijk; het is nuttig er meer op te letten, gezien het onoordeelkundige en te overvloedige gebruik van deze middelen. Ook de onnodig verspilde gelden van patiënten en ziekenfondsen behoren mede belangrijke factoren te zijn bij het kritisch beschouwen van de voorschriften. Er zijn in Nederland niet, zoals mijn criticus meent, „patiënten, die veel nut zouden hebben van behandeling met sterker werkende corticosteroidzalven, aan wie deze onthouden worden uit angst voor algemene nevenwerkingen“, doch vele duizenden (of tienduizenden) die het jaarlijks op onjuiste indicatie of onjuiste wijze voorgeschreven krijgen, en dit heb ik slechts, met de nevenwerkingen, willen signaleren.

Literatuur: SCHÖPF, E. (1972) *Der Hautarzt* D1. 23, bl. 295.

Utrecht, 6 september 1972

L. H. JANSEN

Preventie van mastitis puerperalis - lactatie-onderdrukking

Met belangstelling hebben wij de ingezonden mededeling van Dr. J. C. C. STUT (1972) over de preventie van mastitis puerperalis gelezen. Ten aanzien van de lactatie-onderdrukking met het preparaat Ablacton stelt Dr. STUT enkele vragen, waarop Dr. VAN WEEL (1972), op grond van het ontbreken van eigen ervaring als chirurg, begrijpelijkerwijze het antwoord schuldig moet blijven.

Wij menen echter, dat deze vraagstelling belangrijk genoeg is om uitvoeriger te beantwoorden. De vraagstelling van Dr. STUT is de volgende: (1) waarom wordt aangeraden Ablacton vóór de geboorte van de placenta in te spuiten? (2) waarom bevat dit preparaat o.a. een mannelijk hormoon? (3) is de effectiviteit van Ablacton groter dan van enkelvoudige oestrogene verbindingen, zoals o.a. ethinyloestradiol, stilboestrol, etc.?

Ad 1. Gedurende de graviditeit wordt de lactatie door een synergistische werking van oestrogenen en gestagenen verhinderd (FAUVET 1950). Het inschieten van de melk vindt steeds pas na de geboorte van de placenta resp. het afsterven van de vrucht plaats. Door de dan optredende daling van de oestrogeen-gestageenspiegel valt de lactatieremmende werking op de hypofysevoorkwab weg; onder invloed van prolactine, maar ook van andere hormonen uit de hypofysevoorkwab, komt de lactatie op gang. De werking van hormoonpreparaten, die de lactatie onderdrukken, berust op de remming van de prolactine-secretie in het diëncefale-hypofysaire systeem door substitutie van de na de geboorte van de placenta plotseling sterk gedaalde oestrogeen-gestageenspiegel.

Het is gebleken dat vooral het tijdstip van de injectie belangrijk is, m.a.w. dat het resultaat gunstiger is naarmate het preparaat op een vroeger tijdstip gegeven wordt, omdat op deze wijze een onderbreking van de beschreven hormonale remmende werking op de prolactinesecretie wordt verhinderd (FOLEY 1961; SCHOLZ 1961). Uit het klinische onderzoek met Ablacton bleek dat de lactatie in 91,2% met succes kon worden onderdrukt, indien de injectie vóór de geboorte van de placenta plaatsvond. Werd Ablacton echter tot 24 uur na de geboorte gegeven, dan werd slechts in 80% resultaat gezien.

Ad 2. De oudste hormonale methode voor lactatieremming bestaat uit het gebruik van oestrogenen (LEHMANN 1938; ROMANI 1950; DRESCHER 1955; HESSELTINE e.a. 1955; LEEB en SPURNY 1955). Gunstige resultaten konden ook met gestagenen uit de groep 19-norsteroiden (DAVIDSMEYER en BOLDINE 1960) en androgenen (LEHMANN 1938; ROMANI 1950; DRESCHER 1955; HESSELTINE e.a. 1955; LEEB en SPURNY 1955) alsmede met oestrogeen-gestageen-combinaties (GOLD e.a. 1959; BARNS 1961; FOLEY 1961; JONES en TANDER 1962; BARE e.a. 1963; KANTOR 1963) behaald worden.

In de Verenigde Staten, waar de indicatie tot lactatie-onderdrukking vlotter gesteld wordt (werd) dan o.a. in Europa, beschikt men over een zeer omvangrijke ervaring met combinaties van depot-androgenen en depot-oestrogenen; de dosering van de androgenen ligt daarbij tussen 90 en 360 mg, die van de oestrogenen tussen 4 en 16 mg.

Omdat de lactatieremming met langwerkende androgeen-oestrogeencombinaties beter verliep dan met uitsluitend oestrogenen en omdat met deze combinaties geen bijwerkingen optraden, lag het voor de hand een combinatiepreparaat te ontwikkelen dat niet alleen een snelle, maar ook een gelijkmatig aanhoudende langdurige werking heeft. Aan deze laatste eis wordt o.a. voldaan door het depot-effect van het mannelijk hormoon (testosteronoenanthaat), dat 4 weken bedraagt. Door deze lang aanhoudende werking wordt voorkomen, dat de lactatie verschoven wordt — te vergelijken met een hormonaal tot stand gebrachte menstruatieschuiving — en wordt een „reboundfenomeen“ voorkomen.

Overigens willen wij er, in verband met het uitroepteken achter het door Dr. STUT gestelde „inclusief mannelijk hormoon!“ erop wijzen, dat virilisatie in het kader van het uitgebreide klinische onderzoek niet is waargenomen.

Ad 3. Wij menen dat voor het toedienen van uitsluitend

oestrogenen, vooral in de laatste tijd, uitvoerig gewaar-
schuwd is (DANIEL e.a. 1967; LUDWIG 1970; WESTERHOLM
en ENGELUND 1970). Te denken is hier speciaal aan de kans
op toename van puerperale trombo-embolieën. Ook het
frequent optreden van bloedingen post partum zou in
overweging genomen kunnen worden.

Literatuur: BARE e.a. (1963) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 87, 276.
— BARNES (1961) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 81, 339. — DANIEL,
CABELL en TURNBULL (1967) *Lancet* II, 287. — DAVIDS-
MEYER en BOLDINE (1960) *Dtsch. med. Wschr.* 85, 2183. —
DRESCHER (1955) *Med. Klin.* 50, 171. — FAUVET (1950)
Arch. Gynec. 178, 104. — FOLEY (1961) *Amer. J. Obstet. Gynec.*
82, 856. — GOLD e.a. (1959) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 78, 86.
— HESSELTINE e.a. (1955) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 69, 686.
— JONES en TANDER (1962) *Obstet. and Gynec.* 19, 51. — KAISER
en REGENSBURGER (1952) *Münch. med. Wschr.* 94, 2029. —
KANTOR e.a. (1963) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 85, 865. — LEEB
en SPURNY (1955) *Wien. med. Wschr.* 105, 438. — LEHMANN
(1938) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 85, 1781. — LUDWIG (1970)
*Ovulationshemmer, Hämostase und Gefasskomplikationen der Gynä-
kologie*, Band 2, Heft 4, bl. 195. — PICHETTE en SIEBER
(1957) *Obstet. and Gynec.* 9, 363. — ROMANI (1950) *Gynec. et
Obstet.* 49, 405. — ROSENBERG en POTS (1962) *Z. Geburtsh. u.
Gynäk.* 158, 104. — SCHOLZ (1961) *Geburtsh. u. Frauenheilk.*
21, 565. — STUT (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1201. — WEEL,
VAN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 567. — WESTERHOLM en
ENGELUND (1970) *Brit. med. J.* I, 203.

Weesp

SCHERING NEDERLAND N.V.

Niemand zal betwisten dat de verschillende geslachtshor-
monen de lactatie kunnen remmen, maar de vraag is wel of
dit gebeurt via het door de firma Schering geschetste mecha-
nisme. Gangbare theorieën omtrent de prolactine-regulatie
bij de mens komen tegenwoordig wat op losse schroeven te
staan nu meer bekend wordt over de plasma-prolactinespie-
gel onder verschillende omstandigheden. De vroegere bio-
logische methoden waren te ongevoelig voor nauwkeurige
bepalingen en de uitkomsten werden vertroebeld door de
homologe werking van het humane groeihormoon. Gevoelige
en specifieke bepalingen van menselijke prolactine dateren
van de laatste jaren (FORSYTH 1971a, b; HWANG 1971;
MALARKEY 1971; JACOBS 1972; TURKINGTON 1972a, b;
FRIESEN 1972), waardoor inmiddels vast staat — hetgeen
op klinische gronden al werd vermoed — dat prolactine en
groeihormoon bij de mens twee afzonderlijke hormonen zijn.

Het ligt voor de hand te veronderstellen — hetgeen in het
commentaar van Schering dan ook gebeurt — dat na de
partus de zogsecretie op gang komt doordat de remmende
werking van oestrogenen en progesteron op de prolactine-
afgifte wegvalt. Deze steroïden zouden de prolactine-afgifte
remmen, hetzij via een directe invloed op de hypofyse, het-
zij via een invloed op de prolactine-regulatiecentra in de
hypothalamus. Daar de hypothalamische invloed op de pro-
lactine-afgifte een remmende is — tot dusver is slechts een
prolactine inhibiting factor (PIF) aangetoond, terwijl con-
crete aanwijzingen voor het bestaan van een „prolactine
releasing factor” nagenoeg ontbreken —, zouden de ge-
noemde steroïden de hypothalamische centra moeten stimu-
leren.

Deze theorie wordt niet door plasmabepalingen bevestigd.
TYSON (1972) vond evenals JACOBS (1972) tijdens de zwang-
erschap een geleidelijke stijging van het prolactinegehalte
tot ongeveer 20 maal het gehalte van voor de zwangerschap.
Het maximum werd bereikt omstreeks de à-terme-datum,
terwijl na de baring binnen een week weer de uitgangs-
1902

waarde werd bereikt. Het zogen leidde steeds tot een stijging
van het prolactinegehalte, merkwaardigerwijs eveneens bij
vrouwen die waren behandeld met een androgeen-oestro-
geenpreparaat, zodat TYSON zich met reden afvraagt of de
lactatieremmende werking hiervan niet een perifeer effect is.

Tegen het propageren van Ablacton op grond van klini-
sche waarnemingen is niets in te brengen. Wel is het aan-
vechtbaar, aanbevelingen te doen op grond van thans wan-
kelende theorieën die juist aan deze waarnemingen zijn ont-
leend! Gezien het snel groeiend aantal publikaties over de
prolactineregulatie bij de mens, is het verstandig conclusies
omtrent het op gang komen en remmen van de zogsecretie
even op te schorten.

Literatuur: FORSYTH, I. A. en R. P. MYREE (1971) *J. Endocr.*
51, 157. — FORSYTH, I. A., G. M. BESSER, C. R. W. EDWARDS,
F. LYNN en R. P. MYREE (1971) *Brit. med. J.* III, 225. —
FRIESEN, H., B. R. WEBSTER, P. HWANG, H. GUYDA, R. E.
MUNRO en L. READ (1972) *J. clin. Endocr.* 34, 192. — HWANG,
P., H. FRIESEN, J. HARDY en D. WILANSKY (1971) *J. clin.
Endocr.* 33, 1. — JACOBS, L. S., I. K. MARIZ en W. H.
DAUGHADAY (1972) *J. clin. Endocr.* 34, 484. — MALARKEY,
W. B., L. S. JACOBS en W. H. DAUGHADAY (1971) *New Engl.
J. Med.* 285, 1160. — TURKINGTON, R. W. (1972) *J. clin.
Endocr.* 34, 62 en 159. — TYSON, J. E., P. HWANG, H. GUYDA
en H. G. FRIESEN (1972) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 113, 14.

Amsterdam, 3 augustus 1972

REDACTIE

Het inbrengen en vervangen van een blaascatheter

In het overzichtelijke artikel over de praktijk van de
blaascatheter beperkt collega PAUWELS (1972) zijn visie tot
de „indwelling catheter”, die zeker bij de korte vrouwelijke
urethra het door hem genoemde bezwaar heeft van de mi-
gratie van micro-organismen van het orificium externum
urethrae tot in de blaas langs deze catheter. Ik mis in zijn
artikel de *suprapubische verblijfcatheter*, die als disposable in
Silastic verkrijgbaar is. Deze methode is zeer aan te bevelen
omdat:

1. het inbrengen onder ideale omstandigheden bacterio-
logisch betrouwbaar is;

2. de vrouw dagelijks na de operatie kan proberen
spontaan te urineren. Wanneer dit (nog) niet gelukt, blijft
de suprapubische catheter uiteraard in situ en behoeft men
niet steeds wéér de catheter in te brengen, waardoor het
risico voor ent-cystiden wordt vermeden;

3. de boven bedoelde migratie is voorkomen.

Ten aanzien van het reinigen van het orificium externum
urethrae (vulva van de vrouw) is het raadzaam niet watten
uit een (reeds lang) gereed staande, met vocht gevulde kom
te putten, maar de droge steriele watten(gaasjes) uit een
klein wegwerp-pakket te nemen en te laten overgieten met
gesteriliseerde vloeistof (bethadine-jodium?) uit een flesje
met overvallende schroef dop.

Bij de rubberen Foley-catheters zagen wij vroeger wel
eens binnen 14 dagen kalkschaaltjes neerslaan op het water-
ballonnetje, die na verwijdering in de blaas achterblijven.

In plaats van het onaangename amandelzuur kan men
vitamine C in hoge dosis per os geven om de urine door aan-
zuren voor de Coligroep minder aantrekkelijk te maken.

Literatuur: PAUWELS, R. P. E. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116,
931.

Groningen, juni 1972

J. W. BARENTS

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 42, 1972