

Aanmoedigingsprijs Amsterdamsche Neurologenvereniging

Het Bestuur van de Amsterdamsche Neurologenvereniging brengt onder uw aandacht, dat in maart 1975 voor de 5e maal de Aanmoedigingsprijs der Amsterdamsche Neurologenvereniging uitgereikt zal worden. Deze prijs is bestemd voor een onderzoeker, die de leeftijd van 36 jaar nog niet heeft bereikt, voor een werkstuk op het gebied van de neurologische wetenschappen in de ruimste zin. De prijs bestaat

uit een zilveren penning en wordt om de twee jaar ter beschikking gesteld.

Het Bestuur nodigt hen, die aan de gestelde voorwaarden voldoen, uit, hun werk — mits dit is voltooid tussen 1 januari 1973 en 1 januari 1975 — in te zenden aan het secretariaat der Vereniging vóór 1 januari 1975, per adres: Valeriuskliniek, Valeriusplein te Amsterdam. Behalve verschenen publikaties en dissertaties worden ook manuscripten geaccepteerd.

F. E. POSTHUMUS MEYJES Jr.,
secretaris-penningmeester

INGEZONDEN

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

Pseudokroep

Pseudokroep is de meest voorkomende oorzaak voor spoedhulp door de huisarts bij acute benauwdheid van kinderen (SMIT 1974). Iedere huisarts wordt enkele malen per jaar geconsulteerd voor pseudokroep. In de overgrote meerderheid der gevallen betreft het — zie het artikel van NEEFJES (1974) — „lichte” pseudokroep. Vele gevallen verlopen zo licht, dat de huisarts niet eens wordt geraadpleegd. Ernstiger vormen zijn relatief zeldzaam. Opname van het patiëntje is dan ook zelden noodzakelijk. Gedurende ongeveer 14 praktijkjaren behoefde ik nimmer een patiëntje met pseudokroep te laten opnemen. SMIT vermeldt één opname over een periode van 15 praktijkjaren. Het betrof bovendien een patiëntje met exsudatieve diathese en het syndroom van Down. Zonder de risico's te willen bagatelliseren, vraag ik mij af of ziekenhuisopname voor pseudokroep wel altijd op voldoende indicatie geschiedt.

NEEFJES beveelt ten aanzien van de behandeling thuis van lichte gevallen aan, patiëntje en ouders te scheiden ten einde verdere opwinding en onrust te voorkomen. Zeker zijn vele ouders door het onverwacht optredende en alarmerende ziektebeeld angstig. Geruststelling is dan ook een van de belangrijkste aspecten van de behandeling. Mijn ervaring als huisarts is echter dat juist een wat extra koesteren van het kind door de moeder (op schoot) in vele gevallen op zich al zo effectief werkt, dat verdere maatregelen er nauwelijks iets toe doen. Stomen kan zinvol zijn, maar in de dagelijkse praktijk is er geen reden om als routine een antibioticum toe te dienen bij deze in de regel viroge aandoening.

Literatuur: NEEFJES, C. P. M. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1181. — SMIT, P. TH. (1974) *Spoedgevallen in een huisartspraktijk*. De Erven Bohn, Amsterdam.

Nijmegen, augustus 1974

H. G. M. VAN DER VELDE

Naar aanleiding van het artikel over 162 patiënten met pseudokroep (NEEFJES 1974) wil ik gaarne enige opmerkingen maken op grond van een door mij verricht retrospectief onderzoek bij 421 patiënten die in de periode van september 1968 tot september 1971 werden opgenomen in het Juliana

Kinderziekenhuis te 's-Gravenhage wegens laryngitis acuta met obstructieverschijnselen (JANSEN 1972). In dit onderzoek waren tevens 48 patiënten betrokken die in de periode van 1961-1971 een ingreep (tracheotomie of nasotracheale intubatie) ondergingen wegens ernstige laryngitis subglottica, laryngitis supraglottica of (en) laryngo-tracheo-bronchitis (totaal 749 patiënten). Deze laatste groep patiënten werd bestudeerd om na te gaan of prednisolon, dat van 1968 af in alle ernstige gevallen terstond na binnenkomst intraveneus werd gegeven, een vermindering van het aantal ingrepen teweegbracht.

Wat betreft de leeftijdsverdeling, de geslachtsverdeling, de bijkomende verschijnselen (koorts, rhinitis), de recidieven en het tijdstip van het begin der klachten, kwamen de percentages van de patiëntengroep van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam (Afdeling Keel-, Neus- en Oorheelkunde) en het Juliana Kinderziekenhuis te 's-Gravenhage goed overeen. De behandeling in het Juliana Kinderziekenhuis verschilde in zoverre van de behandeling in het Wilhelmina Gasthuis, dat behalve het gebruikelijke stomen bij allen, en het toedienen van antibiotica bij 80%, van 1967 af incidenteel en sedert 1968 in alle gevallen ook prednisolon werd toegediend aan patiënten met een matig tot zeer ernstige obstruerende acute laryngitis (resp. stridor met intrekkingen zonder cyanose, tot cyanotisch-bleek of slap met ernstige complicaties). De dosering bedroeg $\frac{1}{2}$ -1 mg/kg lichaamsgewicht ineens intraveneus of intramusculair (maximaal 15 mg), waarna nog gedurende enkele dagen prednisolon per os in afnemende dosering werd gegeven. Het percentage patiënten waarbij wegens laryngitis subglottica moest worden ingegrepen (tracheotomie of nasotracheale intubatie) daalde van ruim 5 in de periode van 1961 tot 1967 naar 0,7 in de periode van 1967 tot 1971. Daaruit mag men concluderen dat toediening van prednisolon aan kinderen met een vrij ernstige tot zeer ernstige laryngitis subglottica een ingreep kan voorkomen. In de door ons gegeven dosering bleek prednisolon echter weinig of geen invloed te hebben op het voorkomen van een ingreep bij laryngitis supraglottica (epiglottitis).

Vóór de toevoeging van prednisolon aan het behandelingschema werden nogal eens patiënten met laryngitis subglottica gezien, die $2\frac{1}{2}$ uur tot zelfs 6 dagen na opname een ingreep moesten ondergaan wegens uitputting. Sinds de