

## *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

prednisolon-therapie zagen wij deze patiënten niet meer. In tegenstelling tot collega NEEFJES zijn wij derhalve niet geneigd een vraagteken te plaatsen bij de betekenis van corticosteroiden voor de behandeling van laryngitis subglottica.

Het virusonderzoek was in onze patiëntengroep positief bij ruim 60% (voornamelijk para-influenzavirussen), zodat het nut van het primair behandelen met antibiotica dubieus is, althans wanneer het patiënten betreft met een laryngitis subglottica. Voor patiënten met een laryngitis supraglottica of laryngo-tracheo-bronchitis is behandeling met antibiotica echter noodzakelijk omdat meestal een bacteriële causa kan worden aangetoond. Ons prospectieve dubbelblinde onderzoek naar het nut van antibiotica bij de behandeling van patiënten met laryngitis subglottica is nog niet gepubliceerd, maar wijst erop dat antibiotica het ziektebeloop niet beïnvloeden.

In het Juliana Kinderziekenhuis geldt de regel, geen geforceerde inspectie van de keel te verrichten ter uitsluiting van een laryngitis supraglottica, tenzij direct ingrijpen door anesthesist en (of) keel-neus-oorarts mogelijk is. Er is namelijk in het verleden eens een patiënt met laryngitis supraglottica in de opnamekamer aan een acute adem-hartstilstand overleden na inspectie van de keel met behulp van een spatel.

In overeenstemming met de bevindingen van collega NEEFJES bleek nasotracheale intubatie een waardevolle aanwinst te zijn voor de behandeling van laryngitis supraglottica en gaf de decanulatie nooit problemen. Nasotracheale intubatie bij patiënten met laryngitis subglottica gaf wel eens moeilijkheden met de decanulatie, in die zin dat soms herintubatie noodzakelijk was. Ook bij de tracheotomieën gaf decanulatie nooit problemen bij patiënten met laryngitis supraglottica; wel gaf dit nogal eens moeilijkheden bij patiënten met laryngitis subglottica en zelfs in die mate, dat één patiënt pas na 10 maanden gedecanuleerd kon worden.

*Literatuur:* JANSEN, F. H. M. (1972) *Maandschr. Kinder-geneesk.* 40, 261. — NEEFJES, C. P. M. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1181.

's-Gravenhage, augustus 1974

F. H. M. JANSEN

Met VAN DER VELDEN ben ik het eens dat gelukkig het overgrote deel van patiëntjes met pseudokroep thuis en door de huisarts kan worden behandeld. In die lichtere gevallen is het dan ook niet nodig (en lijkt het mij in de praktijk ook niet te doen), het patiëntje van de ouders te scheiden. De ouders kunnen, gerustgesteld en voorgelicht, dan inderdaad een positieve bijdrage tot de behandeling geven.

Collega JANSEN dank ik voor zijn waardevolle opmerkingen en aanvullingen. Wat betreft de plaats van de corticosteroiden in de behandeling van pseudokroep heb ik gesteld dat dit nog een omstreden zaak is. In zijn artikel stelt JANSEN (1972) dat hij vermoedt dat prednisolon wellicht het aantal ingrepen bij pseudokroep vermindert, dit op grond van een percentage van 5% ingrepen vóór het invoeren van de prednisolontherapie tegen 0,7% ingrepen erna. Toch moet m.i. deze conclusie op grond van de genoemde percentages wel met enige voorzichtigheid getrokken worden. Immers, het is een vergelijking van twee verschillende tijdperken.

Van 1961-1967 waren er in het Juliana Kinderziekenhuis te 's-Gravenhage 283 opnamen, d.w.z. gemiddeld 47 per jaar. Van 1967-1971 waren er 466 opnamen, d.w.z. gemiddeld 116 per jaar. Het zou kunnen zijn dat de opname-indicatie voor pseudokroep in de loop der jaren toch ruimer is ge-

steld, nl. ook voor de lichtere gevallen, waardoor het percentage ingrepen lager wordt. In de serie uit de KNO-Kliniek van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam, waar géén corticosteroiden zijn gebruikt, was bij 4% een ingreep noodzakelijk. Van deze serie had echter 84% een matige tot ernstige pseudokroep (stridor met intrekkingen), terwijl in het onderzoek van patiëntjes uit het Juliana Kinderziekenhuis dit bij 39% het geval was. Het zijn dus goed vergelijkbare groepen en naar mijn mening is ook thans het laatste woord over het gebruik van corticosteroiden bij patiëntjes met pseudokroep nog niet gesproken.

We wachten met belangstelling op de publikatie van het dubbelblinde onderzoek dat collega JANSEN aankondigt.

Volledigheidshalve wil ik hier nog aan toevoegen dat in de tekst van mijn artikel op bl. 1184 (1. kolom, regel 12 van onderen) abusievelijk sol. ammoniae spir. anisata wordt vermeld. Dit moet uiteraard zijn *mixt.* ammoniae spir. anisata. (R/sol. ammon. spir. anisata 5 g, pulv. gummos. 4 g, aqua ad 200).

*Literatuur:* JANSEN, F. H. M. (1972) *Maandschr. Kinder-geneesk.* 40, 269.

Amsterdam, augustus 1974

C. P. M. NEEFJES

## *Longkanker en periodiek röntgenonderzoek*

De door collega VEEZE (1974) beschreven resultaten van het bevolkingsonderzoek in Overijssel doen de vraag opkomen naar de betekenis ervan, indien ze worden betrokken op de gehele bevolking van die provincie voor zover deze gevaar loopt aan longkanker te lijden?

Het aantal „voorzorg”-onderzoekingen dat wordt aanbevolen, is langzamerhand zo groot dat kosten-batenberekeningen noodzakelijk worden, hoe moeilijk die ook zijn uit te voeren. Ten einde te kunnen beoordelen wat de door VEEZE (1974) beschreven screening-techniek oplevert en tegen welke kosten, zou ik hem de volgende vragen willen voorleggen:

a. Bij hoeveel patiënten werd in de jaren 1966 tot en met 1968 in Overijssel zonder periodiek röntgenonderzoek de diagnose longkanker gesteld?

b. Hoeveel periodieke onderzoekingen werden bij hoeveel personen in deze periode in Overijssel uitgevoerd?

c. Hoeveel inwoners in de groep die periodiek onderzocht werd, had Overijssel in deze periode?

d. Wat kost het periodiek onderzoek per persoon per keer?

*Literatuur:* VEEZE, P. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 954.

Tübingen, augustus 1974

A. H. VAN SOEST

Hoewel met de beschikbare gegevens de antwoorden niet in de door collega VAN SOEST gevraagde vorm gegeven kunnen worden, geloof ik hem met het onderstaande toch wel enigszins te kunnen helpen.

Ad a. Er is in Nederland geen verplichte kankerregistratie en het aantal in de bedoelde jaren gediagnostiseerde gevallen van longkanker is dus niet bekend. De volgende benadering is echter mogelijk:

Volgens de jaarboeken voor kankeronderzoek en -bestrijding zijn in Overijssel in de jaren 1967 tot en met 1969 in