

## Collaps met coma bij een aanval van urticaria generalisata (koude-allergie)

De klinische les van Prof. LINDEBOOM (1975) noopt tot enkele aantekeningen. Het door hem beschreven verschijnsel is bekend sinds 1867 (BOURDON 1867). Een recent literatuur-overzicht verscheen in de *Lancet* (Editorial 1975).

Het beeld van de koude-urticaria is goed bekend bij huidartsen en het is zeker niet zeldzaam. Op de afdeling dermatologie van het Academisch Ziekenhuis te Groningen zagen we 17 gevallen in een periode van 3 jaar (DOEGLAS 1975). Acht van deze patiënten hadden reeds een aanval van bewustzijnsverlies na koude-expositie achter de rug, vier na zwemmen en drie waren daarbij op het nippertje gered door omstanders.

Wat de test betreft, bij 11 van de 17 patiënten was een ijsblokje op de huid voldoende om een plaatselijke urticariële kwaddel te veroorzaken. Bij 5 patiënten was expositie van een arm aan koud water nodig om het verschijnsel te reproduceren. Ook wij zagen éénmaal een (vertraagde) collaps na deze ingreep. Twee patiënten reageerden alleen op totale expositie aan koude lucht. Sterk verhoogde histamine-concentraties in de afvoerende vena van een aan koude geëxponeerde arm zijn beschreven (KAPLAN e.a. 1975). Wellicht spelen ook proteaseremmers een rol bij de pathogenese (DOEGLAS 1975). De patiënten met koude-urticaria vormen een heterogene groep, waarbij temperaturen, uiteenlopend van 0-22°C, als oorzakelijk moment gevonden worden. Behalve de idiopathische koude-urticaria is er ook een symptomatische vorm, die o.a. voorkomt bij cryoglobulinemieën.

Tenslotte is er ook in Nederland een dominant erfelijke familiale vorm beschreven (DOEGLAS 1975). De idiopathische koude-urticaria reageert meestal vrij goed op profylaxe met antihistaminica. Merkwaardigerwijs geeft een kuur met penicilline-injecties soms remissies die een half jaar kunnen duren (LIEBESKIND en SCHWARZE 1974). Dit verschijnsel is onverklaard. Uit deze klinische les blijkt weer eens hoe groot de kloof tussen de medische specialismen geworden is. Wat gemeengoed is voor de één, zet de ander in verbazing. Blijkbaar is er behoefte aan meer klinische lessen uit de dermatologische hoek.

*Literatuur:* BOURDON, H. (1867) Note sur l'urticaire intermittente. *Bull. Soc. méd. Hôp. Paris* 3, 259. — DOEGLAS, H. M. G. (1975) *Chronic urticaria. Clinical and pathogenic studies in 141 patients*. Proefschrift Groningen. — Editorial (1975) Cold hypersensitivity. *Lancet* I, 207. — KAPLAN, A. P., L. GRAY, R. E. SHAFF e.a. (1975) In vivo studies of mediator release in cold urticaria and cholinergic urticaria. *J. Allergy clin. Immunol.* 55, 394. — LIEBESKIND, H. en G. SCHWARZE (1974) Zur Problematik der Penicillintherapie der Kältekontakturticaria. *Hautarzt* 25, 482. — LINDEBOOM, G. A. (1975) Collaps met coma bij een aanval van urticaria generalisata (koude-allergie). *Ned. T. Geneesk.* 119, 1833.

Groningen, december 1975

H. M. G. DOEGLAS

Met belangstelling vernam ik uit het ingezonden stuk van Dr. DOEGLAS dat het door mij beschreven verschijnsel sinds

1867 bekend is, waarbij verwezen wordt naar een artikel van BOURDON (1867). In het door DOEGLAS genoemde literatuur-overzicht (Editorial 1975) wordt dit niet vermeld. Toen ik over het artikel van BOURDON méér wilde weten, heb ik gegrepen naar de dissertatie van DOEGLAS (1975) over *Chronic urticaria* (welke een half jaar na de inzending van mijn klinische les aan de Redactie verscheen). Tot mijn teleurstelling trof ik in dat proefschrift geen verwijzing naar BOURDON aan. Daarna bleek mij bij informatie bij de Centrale Catalogus van de Koninklijke Bibliotheek te Den Haag, dat de jaargang 1867 van het bekende Parijse tijdschrift, waarin BOURDON'S mededeling is verschenen, in geen der Nederlandse openbare bibliotheken aanwezig is. De juistheid van de bewering dat het door mij beschreven verschijnsel (collaps met coma bij koude(lucht)-urticaria) inderdaad daarin wordt „bekend” gemaakt kon ik derhalve niet nagaan. Het zou mij niet verwonderen, indien het een geval van koude-urticaria zonder de door mij bedoelde verwikkeling betrof.

Het vierde hoofdstuk van DOEGLAS' dissertatie is gewijd aan „Familial cold urticaria. Clinical findings”. Daarin worden uit één familie 11 patiënten met koude-urticaria beschreven, waarvan de klinische bevindingen in een tabel (bl. 70-71) zijn gerangschikt. Onder de zg. „constitutional symptoms” worden „chills” en (of) „fever” tienmaal genoemd; van één patiënt wordt „sleepy” aangetekend, van een andere „drowsiness”. Van verschijnselen van collaps en (of) coma wordt niet gerept, evenmin als in de tabel op bl. 66, waarin de klinische bevindingen bij door anderen gepubliceerde gevallen worden samengevat. Ook in de tekst van de paragraaf „Clinical characteristics” wordt daarover geen woord gezegd.

Wanneer DOEGLAS thans gewaagt van 17 gevallen in drie jaar tijds waargenomen, mag uit de verwijzing naar zijn proefschrift worden aangenomen, dat daartoe de 11 genoemde gevallen van familiale koude-urticaria behoren. Van die 17 patiënten wordt medegedeeld, dat er niet minder dan 8, bijna de helft dus, een aanval van bewustzijnsverlies na koude-expositie achter de rug hadden (onder wie vier zwemmers). Hieruit zou m.i. moeten worden geconcludeerd, dat er minstens twee behoren tot de groep der in het proefschrift beschreven gevallen: wellicht de twee bij wie verschijnselen van slaperigheid en soezerigheid zijn vermeld, welke echter niet gelijk mogen worden gesteld met een aanval van bewustzijnsverlies. Het blijft opvallend dat de overige zes patiënten met (verkregen?) koude-urticaria die bewustzijnsverlies hebben vertoond, zich in een opeenhoping zouden hebben voorgedaan. Hier ligt voor mij een zekere onduidelijkheid.

Hoe dan ook, het ingezonden stuk van DOEGLAS is een welkome en ook noodzakelijke aanvulling op zijn dissertatie.

Wanneer men echter in het oog houdt dat daarin het door mij beschreven verschijnsel niet werd vermeld en dat men er ook in de nieuwe dermatologische handboeken nauwelijks iets over aantreft, zoals ik in mijn naschrift op het ingezonden stuk van MARTENS, BAART DE LA FAILLE en BERRENS (1976) aantoonde, dan geloof ik nog steeds in mijn klinische les niets te veel te hebben gezegd, toen ik wees op de uiterste spaarzaamheid van gegevens over het door mij beschreven verschijnsel in de specialistische handboeken der huidaandoeningen. Daarin was de aandacht (te) eenzijdig geconcentreerd op de huid.

De reacties van enkele dermatologen op mijn klinische les zijn psychologisch goed te begrijpen. Maar het wekt toch verbazing dat wat voor hen dan „gemeengoed” wordt genoemd en dat van groot gewicht moet worden geacht ook voor huisartsen, allergologen en internisten — want bij hen, en niet bij de dermatologen, komt de patiënt met acute shock en bewusteloosheid — niet, of nauwelijks, in de publikaties van dermatologische zijde wordt vermeld, terwijl hier de vitale belangen van patiënten op het spel staan. Uit verschillende persoonlijke brieven vernam ik, dat mijn les tot herkenning van het verschijnsel heeft bijgedragen, o.a. bij een neuroloog, die zulk een patiënt met bewustzijnsverliezen na aanvallen van urticaria voor onderzoek naar zich verwezen zag. Naar mij uit meer dan één reactie bleek, is voorts een — zij het minder ernstig doch soms zeer hinderlijk — verschijnsel

bij koude-allergie een heftige pijn in het achterhoofd en de nek. Ook dat behoort tot de kliniek van de koude-allergie. Tenslotte zij opgemerkt, dat het mij voorkomt, dat het bewustzijnsverlies niet rechtstreeks afhankelijk is van de shock.

Er bestaat ook een interdisciplinaire verantwoordelijkheid. Ik ben het dan ook van harte eens met collega DOEGLAS, dat er behoefte bestaat aan meer klinische lessen uit dermatologische hoek; gaarne met een breed uitzicht op het organisme als geheel.

*Literatuur:* LINDEBOOM, G. A. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 214. — MARTENS, B. P. M., H. BAART DE LA FAILLE en L. BERRENS (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 213.

Amsterdam, januari 1976

G. A. LINDEBOOM

## BERICHTEN

### Buitenland

#### BELGIË

*Waarschuwing in drie talen.* Op 14 december vorig jaar is in België een wet van kracht geworden, die bepaalt dat op elk pakje sigaretten voortaan in drie talen, en in letters die in grootte overeenkomen met die van een normale krant, de volgende waarschuwing tegen het roken vermeld moet staan: „La cigarette peut nuire à votre santé”. „Sigaretten roken kan Uw gezondheid schaden”. „Das Zigaretten-rauchen kann Ihrer Gesundheit schaden”. De Duitse waarschuwing is voornamelijk bedoeld voor de bevolking van Eupen en Malmedy. (*Dtsch. Ärztebl.*, 22 jan. bl. 214.)

#### JAPAN

*Pijn-kliniek.* In 1964 is door de universiteit van Tokio een „pijn-kliniek” geopend, de eerste in den lande. In het *Münchener medizinische Wochenschrift* (19 dec. 1975 bl. 1999) beschrijven NAKAZAKI en medewerkers hun ervaringen in deze kliniek. Men werkt er anders dan in de anesthesie-afdelingen van de grote ziekenhuizen in Japan. In bijna al deze instituten worden behalve de gebruikelijke methoden ook de traditionele technieken van het Verre Oosten toegepast, zoals acupunctuur, ryodoraku en kyu (moxibustio). In de onderhavige pijn-kliniek wordt uitsluitend met zenuwblokkade gewerkt. Geneesmiddelen worden er niet gebruikt, behalve carbamazepine, imipramine en ergotamine. Ook de genoemde oosterse methoden worden niet toegepast. Wel wordt hulp verleend ten behoeve van patiënten op andere afdelingen, als het gaat om reanimatie, overleg omtrent narcose, pre- en postoperatieve verzorging en speciale onderzoeken zoals holografische interferometrie, infraroodthermografie, plethysmografie.

Het aantal patiënten is jaarlijks gestegen. Tegenwoordig worden dagelijks 90-100 patiënten behandeld. Eind 1973 waren in totaal 8352 patiënten geteld. Ongeveer 80 pct van de patiënten hadden klachten over het gelaat: pijnen, verlammingen, anomale gewaarwordingen, spiertrekkingen, enz.

Idiopathische facialisverlamming wordt met stellatum-blokkade behandeld (78,7 pct genezing, 18,2 pct verbetering); idiopathische facialissspasmen (waaraan meer vrouwen dan mannen lijden; verhouding 2½:1) wordt behandeld met fa-

cialisblokkade; trigeminus-neuralgie (10 mannen tegen 18 vrouwen; 65 pct der patiënten boven de zestig, geen een jonger dan twintig jaar) meestal met zenuwblokkade door middel van alcohol.

De meeste mensen klagen wel eens over „hoofdpijn”; vermoedelijk lijdt 70-80 pct van de bevolking hieraan. Maar van de patiënten die in deze kliniek kwamen, hadden slechts 3,3 pct deze klacht. Ernstige chronische hoofdpijn met spiercontracties zijn met goed gevolg behandeld met totaal spinaal block. Alle patiënten met herpes zoster werden zo vroeg mogelijk behandeld met sympathicusblokkade (stellatumblokkade, epidurale c.q. subarachnoïdale blokkade). Bij geen van deze aldus behandelde patiënten is een postherpetische neuralgie voorgekomen. (Heeft zich deze eenmaal ontwikkeld, dan valt het resultaat van behandeling tegen; slechts 25,6 pct genezing en 47,7 pct verbetering.) Carcinoompijn werd behandeld met intrathecale fenolblokkade, c.q. transacrale blokkade.

#### THAILAND

*Distributie van medische mankracht.* In het jaar 1965 hebben 140 van de 262 aan Thailandse geneeskundige scholen afgestudeerde artsen het land verlaten om zich in de Verenigde Staten te vestigen: „The export boom in medical manpower was on.” De Thai-regering moest wel ingrijpen; thans zijn pas afgestudeerde artsen verplicht, op zijn minst drie jaar in het eigen land door te brengen, waar zij in ziekenhuizen en poliklinieken worden tewerkgesteld. Zij ontvangen daar een karig salaris, vergeleken met de opbrengst van een particuliere praktijk in de hoofdstad Bangkok of in de Verenigde Staten, en als de drie jaren om zijn, komt de regering voor de moeilijke opdracht te staan, een gunstige distributie van de medische mankracht te bewerkstelligen en de trek naar Bangkok tegen te gaan. Bangkok met zijn drie miljoen inwoners (het hele land telt 40 miljoen) is de grote trekpleister; de tweede stad, Chiangmai, heeft slechts 80.000 inwoners. Daarbij komt dat de Thaise bevolking eigenlijk nog steeds de voorkeur geeft aan de traditionele geneeswijzen, toegepast door priesters en volksgenezers en zelfs door vertrouwde en in achtung staande burenen! Intussen groeit de bevolking snel; in 1970 bedroeg de jaarlijkse toeneming 3 pct; door allerlei maatregelen ter beperking van de geboorten hoopt men deze toeneming tegen het eind van dit jaar tot