

*Inwendige geneeskunde**Gelijktijdige diagnostiek en therapie van acute bijnierinsufficiëntie*

Acute bijnier-insufficiëntie (A.B.I.) ontstaat door destructie van de bijnieren of onder bepaalde omstandigheden door bijnieratrofie als gevolg van een verminderde ACTH-secretie. De klinische toestand van de patiënt kan hierbij snel achteruit gaan. Behandeling met fysiologisch zout intraveneus en hydrocortison dient snel te gebeuren. Veel symptomen van de zg. Addison-crisis komen echter ook bij andere acute ziekten voor zodat nadere diagnostiek noodzakelijk is om de gekozen gedragslijn te rechtvaardigen.

SHERIDAN en MATTINGLY (1975) beschrijven een methode om bij het vermoeden van een verminderde bijnierfunctie diagnostiek én therapie gelijktijdig te doen plaatsvinden. Bij 11 patiënten met klinische verschijnselen van A.B.I. werd bloed afgenomen voor bepaling van de 11-hydroxycorticosteroid(11-OH-cs)-spiegel. De hiervoor gebruikte fluorimetrische bepalingmethode meet wel het natuurlijke cortisol, maar geen synthetische steroïden. Hierna werd een behandeling ingesteld met prednisolon en doca. Tevens werd éénmaal een intramusculaire injectie van 1 mg Synacthen (tetracosactide depot) toegediend. Na 6 uur werd nogmaals de spiegel van 11-OH-cs bepaald. Bij 4 patiënten was het gehalte van de 11-OH-cs in het serum niet gestegen; zij kregen de volgende 3 à 4 dagen nogmaals 1 mg Synacthen, terwijl de behandeling met prednisolon en doca werd voortgezet. Ook nu volgde geen stijging van de 11-OH-cs in het serum en evenmin van de toch al subnormale spiegels van 17-OH-corticosteroiden in de 24 uren-urine. Daarmee stond de diagnose ziekte van Addison vast. Bij de andere 7 patiënten reageerden de bijnieren normaal op Synacthen, zodat de behandeling met prednisolon na 24 uur kon worden beëindigd. Op deze manier is een adequate substitutietherapie mogelijk zonder verstoring van het onderzoek naar de reactie van de bijnier op ACTH-toediening.

Literatuur: SHERIDAN, P. en D. MATTINGLY (1975) *Lancet* II, 676.

J. DE KRAKER

*Verloskunde en vrouwenziekten**Behandeling van fluor vaginalis met yoghurt*

Was vroeger de behandeling van fluor vaginalis voor de arts een moeilijke therapeutische opgave, tegenwoordig is dit geenszins het geval meer. Indien de specifieke verwekker gevonden kan worden (*Trichomonas*, *Candida*, gonokokken, enz.) brengen specifieke geneesmiddelen binnen enkele dagen genezing. Kan een specifieke verwekker niet worden aangetoond, dan is de fluor vaak tot verdwijnen te brengen door behandeling van decubitus, erosie, cervicitis, endometritis enz. Het doet dan ook vreemd aan in een tijdschrift anno 1975 een behandeling met yoghurt gepubliceerd te vinden. GUNSTON en FAIRBROTHER (1975) adviseerden hun patiënten met hinderlijke fluor vaginalis gedurende een week tweemaal daags 3 ml yoghurt in de schede te brengen met behulp van een injectiespuit en in de volgende twee weken nog tweemaal per week. De goede resultaten schrijven zij toe aan herstel van de normale vaginale flora. Bij fluor vaginalis kunnen de in de vagina voorkomende *Lactobacilli* de vereiste zuurgraad niet handhaven zodat het reïmmende effect op pyogene bacteriën verloren gaat. Met de yoghurt worden grote hoeveelheden *Lactobacilli* toegevoerd en aldus verdwijnen de klachten. Misschien komt deze methode in aanmerking voor vrouwen met fluorklachten zonder fluor, wanneer ons hele arsenaal van preparaten ter bestrijding van fluor het doel heeft gemist?

Literatuur: GUNSTON, K. D. en P. F. FAIRBROTHER (1975) *Sth Afric. med. J.* 49, 675.

P. G. HART

## INGEZONDEN

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

*Zijn progestatieve stoffen geïndiceerd bij dreigende abortus?*

De tegengestelde antwoorden op de aan de redactie voorgelegde vraag (Vraag 38, 1975; WILDSCHUT 1976) zouden ertoe kunnen leiden dat de vraagsteller, en met hem vele anderen, nog steeds in onzekerheid verkeert. Het is te vrezen dat door de voortdurende druk van de farmaceutische industrie om progestatieve stoffen toch vooral wél voor te schrijven, dit vacuüm wordt opgevuld, met als gevolg een voortgaand ruimschoots gebruik van deze potentieel zeer werkzame geneesmiddelen onder omstandigheden waarin

het vóór en tegen van iedere medicatie zorgvuldig zou moeten worden afgewogen.

De antwoorden stemmen hierin overeen, dat beide toegeven dat het bewijs van de effectiviteit niet is geleverd en verder dat progestativa geen zin hebben bij incidentele abortus. Het antwoord van de redactie gaat er dan, met betrekking tot habituele abortus, verder vanuit dat men zich bij twijfel beter van ingrijpen kan onthouden. WILDSCHUT daarentegen houdt een pleidooi voor het toedienen van hoge doses progestativa bij een slechte obstetrische anamnese „tegen de achtergrond van deze vraagtekens”, overwegend dat progesteron een voor de jonge zwangerschap onmisbaar hormoon is.

Onze voorkeur gaat in het algemeen zonder meer uit naar de eerste gedachtengang. Er zouden echter in de onderhavige kwestie bijzondere redenen kunnen zijn om van het principe af te wijken. Een dergelijke reden zou kunnen zijn dat, hoewel het klinische bewijs van de effectiviteit niet is geleverd, er uit de pathofysiologie van habituele abortus argumenten te halen zijn, die het nut van progestativa zeer waarschijnlijk maken. Bepaling van de pregnandiolexcretie op de gebruikelijke wijze, d.w.z. als men afgaat op een te gering aantal bepalingen, geeft geen aanwijzingen voor een tekort aan progesteron bij abortus. Frequentie bepalingen van plasma-progesteron in de luteale fase van cycli bij vrouwen met gestoorde fertiliteit wijzen wel in die richting (JONES e.a. 1970; COOKE e.a. 1972; LÉPOUTRE e.a. 1973). Te lage waarden worden echter vrijwel steeds gevonden bij van de norm afwijkende hormoonwaarden in de proliferatiefase en deze zijn terug te voeren op stoornissen in de follikelrijping (JONES e.a. 1970; ROSS e.a. 1970; STROTT e.a. 1970; SHERMAN en KORENMAN 1974).

Op grond van deze gegevens zou men met een eventuele therapie reeds vóór de ovulatie moeten starten, en dan niet in de vorm van progestativa, maar bijvoorbeeld van clomifeen of zelfs gonadotropinen (JONES e.a. 1970; SHERMAN en KORENMAN 1974).

Er zijn dus uit wat bekend is over de pathofysiologie van sommige vormen van habituele abortus meer argumenten te putten voor een medicatie met geheel andere stoffen dan progestativa. Toediening van progestativa is geen therapie die aansluit op de pathofysiologie en er kan niet van verwacht worden dat enige correctie wordt verkregen. Toediening nadat conceptie is aangetoond, is gezien het moment waarop dit in de praktijk gebeurt, om dezelfde reden geen rationele therapie (YOSHIMI e.a. 1969).

Bij ontbreken van andere argumenten lijkt ons het standpunt van de redactie het enige dat te handhaven is.

Hoe het betoog van WILDSCHUT tenslotte kan dienen als verdediging van een beleid waarin „bij zwangerschappen met een verhoogd abortusrisico” en „bij uiteenlopende zwangerschapbedreigende toestanden” progestativa worden toegediend, is ons volstrekt onduidelijk.

*Literatuur:* COOKE, I. D., C. A. MORGAN e.a. (1972) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth* 79, 647. — JONES, G. S., R. D. MAFFEZZOLI e.a. (1970) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 108, 847. — LÉPOUTRE, L., M. DHONT e.a. (1973) *Ann. Endocr. (Paris)* 34, 327. — ROSS, G. T., C. M. CARGILLE e.a. (1970) *Rec. Progr. Hormone Res.* 26, 11. — SHERMAN, B. M. en S. G. KORENMAN (1974) *J. clin. Endocr.* 30, 89. — STROTT, C. A., C. M. CARGILLE e.a. (1970) *J. clin. Endocr.* 30, 246. — Vraag 38 (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1904. — WILDSCHUT, J. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 296. — YOSHIMI, T., C. A. STROTT e.a. (1969) *J. clin. Endocr.* 29, 225.

Groningen, april 1976

H. J. HUISJES  
R. E. LAPPÖHN

### *Moderne geneesmiddelen tegen tuberculose*

Met zeer veel interesse heb ik het artikel van Dr. ROOSENBURG (1976) gelezen. Werkend in Kenja heb ik veel met tuberculose te maken. In de landen van de zg. Derde Wereld is deze ziekte een enorm probleem; er worden hier jaarlijks

ongeveer 6000 nieuwe gevallen gediagnostiseerd en de groep van niet ontdekte gevallen is veel groter.

De routine-behandeling geschiedt met streptomycine en isoniazide (Thiazina); vele patiënten ontwikkelen een resistentie. Slechts zeer weinig patiënten komen in aanmerking voor een „second-line treatment”. Deze behandeling met bv. rifampicine en ethambutol is erg duur en de patiënten moeten aan zeer strenge eisen voldoen, willen zij in aanmerking komen voor zo'n behandeling. Zo moeten zij bv. binnen het bereik van een ziekenhuis wonen, waar een arts aanwezig moet zijn die iedere dag de medicijnen persoonlijk aan de patiënten kan geven; een voorwaarde, waaraan slechts in weinig gevallen kan worden voldaan.

De reden van mijn reactie is het gemak waarmee in Nederland over dit kostenaspect heen gestapt wordt. U schrijft: „In ons land met zijn goed ziekteverzekeringsapparaat en zijn goede sociale instellingen kan rifampicine altijd worden gebruikt als middel van eerste keus.” Is het niet de plicht van iedere arts om de absurd hoge kosten van de gezondheidszorg te drukken waar dat maar mogelijk is?

*Literatuur:* ROOSENBURG, J. G. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 240.

Kangundo (Kenja), april 1976

J. J. VAN BINSBERGEN

De deskundigen in Nederland zijn heel goed op de hoogte welke enorme problemen de tuberculose en de tuberculosebestrijding in de zg. Derde Wereld scheppen en het moet voor iemand als collega VAN BINSBERGEN die in Kenja werkt soms wel frustrerend zijn als hij leest met welk een gemak de geringe problemen op dit gebied in Nederland opgelost kunnen worden. Eens te meer komt naar voren hoezeer economische en politieke factoren een rol spelen bij de aanpak van de verschillende facetten van de gezondheidszorg.

Hoewel de hoge kosten van de gezondheidszorg in Nederland zorgwekkend worden, toch mag dit geen reden zijn om patiënten niet optimaal te behandelen om hen zo snel en zo veilig mogelijk te genezen. De duurte van verschillende geneesmiddelen is een heel ander chapter dat op het ogenblik zeer in de belangstelling staat, maar het is hier niet de plaats daar verder op in te gaan.

's-Gravenhage, mei 1976

J. G. ROOSENBURG

### *Pijnbestrijding door elektrische stimulatie van de huid*

Ongetwijfeld is pijn een der belangrijkste symptomen waarvoor medische hulp wordt gevraagd, zoals de Pijn-groep terecht opmerkt, maar dit zou juist de reden moeten zijn om de elektrostimulatie niet naar de kliniek te trekken maar aan de huidarts voor te stellen om er ervaring mee op te doen. De brief aan de redactie van DE WEERDT en VAN RIJN (1976) stimuleert daartoe meer dan het artikel van de Leidse Pijn-groep (VAN SEVENTER e.a. 1976).

Het komt mij voor dat de eenvoudige stimulatie-therapie voor bepaalde gevallen een mooie gelegenheid zou zijn om de huisarts wat terrein terug te laten winnen. Het toestel van Medtronic is niet duur. Het voortreffelijke boekje van MELZACK, *The puzzle of pain*, is zeer aan te raden en kost