

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Difenoxylaate (Reasec) en de opiumwet

Vraag 31. Difenoxylaate (Reasec) is een symptomatisch middel tegen diarree dat onder de opiumwet valt. Is dit terecht? Is ooit verslaving of misbruik vastgesteld? Indien geen verslaving is vastgesteld, dient het dan niet uit de opiumwet gehaald te worden om misvatting te voorkomen of weg te nemen?

Van de Hoofdinspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen ontving de redactie het volgende antwoord:

Difenoxylaate is een verdovend middel dat onder de opiumwet valt, met als gevolg dat ook alle preparaten die eruit bereid kunnen worden, w.o. Reasec, onderworpen zijn aan de controlemaatregelen die deze wet kent.

De aanwijzing van difenoxylaate in de opiumwet is een gevolg van de toetreding van Nederland tot het Enkelvoudig Verdrag van 1961, waarin internationale afspraken zijn vastgelegd m.b.t. verdovende middelen. Difenoxylaate is in dit Verdrag geplaatst op Lijst I, wat betekent dat er geen uitzondering gemaakt kan worden op de in het Verdrag genoemde controlemaatregelen. De argumenten die ertoe hebben geleid dat difenoxylaate indertijd op Lijst I van het Enkelvoudig Verdrag is geplaatst, kunnen moeilijk achterhaald worden. De criteria die bij de aanwijzing van een verdovend middel een belangrijke rol spelen zijn: 1. gebleken misbruik bij mensen; 2. het vaststellen van verslaving bij proefdieren; 3. een chemische structuur waaruit met vrij grote zekerheid kan worden voorspeld dat de stof tot verslaving aanleiding kan geven.

Voor de beantwoording van de vraag of Reasec onder de werkingssfeer van de opiumwet moet blijven is de vraag of verslaving of misbruik is vastgesteld niet geheel ter zake. Het Enkelvoudig Verdrag en daarmee de opiumwet heeft niet enkel de bedoeling om stoffen, waarvan misbruik is gebleken, onder controle te stellen, doch ook om te voorkomen dat stoffen die een duidelijk gevaar inhouden, op grote schaal gebruikt gaan worden. Van deze mogelijkheid tot preventie maakt het Enkelvoudig Verdrag ruim gebruik voor zover de aanwending van deze middelen voor medisch en wetenschappelijk doel niet aan te grote administratieve controlemaatregelen wordt onderworpen.

De mogelijkheid bestaat om het controleregime dat op een stof van toepassing is te wijzigen indien nadere informatie dit nodig maakt. Zo kunnen verdovende middelen onder een zwaarder controleregime worden gebracht, maar het omgekeerde is eveneens mogelijk.

Ten aanzien van Reasec kan worden opgemerkt

dat van verslaving of misbruik in Nederland weinig gebleken is. In de wetenschappelijke literatuur wordt weinig over het misbruik van deze stof geschreven, hoewel in 1971 in de *British Medical Journal* in een enkel artikel de verslaving verwekkende eigenschappen wel beschreven zijn.

Tot slot zij hierbij aangetekend dat het niet constateren van misbruik van Reasec, zolang het onder het strenge toezicht van de Opiumwet valt, geen garantie is dat dit preparaat wanneer het eenmaal van de huidige controlemaatregelen is bevrijd, deze bijwerkingen niet zal vertonen wanneer wordt afgeweken van de normale therapeutische dosering.

Literatuur: Addiction to diphenoxylaate (1971) Brit. med J. I, 343.

INGEZONDEN

Is er nog plaats voor individuele jodium-suppletie als struma-profylaxe?

Als instantie die mede verantwoordelijk is voor de voorziening van de Nederlandse bevolking met voldoende nutriënten, hebben wij met enige verwondering het antwoord op vraag 11 gelezen.

In *Voeding* (LOGGERS 1976) is de Nederlandse situatie met betrekking tot jodium nog eens uiteengezet, waaruit blijkt dat zonder jodering van het broodzout op ruime schaal jodiumtekorten zouden optreden. Dit heeft dan ook in het verleden, vóór in 1968 de broodzoutjodering landelijk algemeen werd ingevoerd, vooral bij adolescenten op ruime schaal tot struma geleid. Per sneetje brood wordt dan ook niet, zoals in uw antwoord vermeld, ongeveer 2 µg, doch zeker 15 µg jodium geleverd. De conclusie „dat de bijdrage van brood (in Nederland) in de jodiumvoorziening betrekkelijk gering is” moet derhalve onjuist worden geacht. Bij normaal broodgebruik door adolescenten (4-6 sneetjes per dag) worden hieruit 60-90 µg jodium verkregen; dit is ongeveer de helft van de dagelijkse behoefte.

De vroegere bijdrage van tafelsout (keukenzout) daarnaast, was geringer. Bij een tafelsoutgebruik van ca. 6 g per dag (exclusief dus het broodzout) kan deze geraamd worden op 23 µg jodium.

Bij zeer laag broodgebruik, zoals helaas bij vrouwelijke adolescenten die hun calorie-opname op onjuiste wijze beperken, voorkomt, kan ook thans in Nederland nog een op jodium-tekort berustend struma worden aangenomen. De jodium-uitscheiding in de urine is in die gevallen ook verlaagd. Ook wanneer gedurende langere tijd een streng natriumarm dieet (met gebruik van uitsluitend natriumarm brood) wordt gevolgd, moet men o.i. op dergelijke tekorten bedacht zijn.

De conclusie dat jodiumdeficiëntie als oorzaak van struma onwaarschijnlijk is willen wij derhalve geheel voor uw rekening laten. Eventuele suppletie van jodium zal het eenvoudigst kunnen geschieden door het broodgebruik wat op te voeren (15 µg jodium per sneetje). Indien deze suppletie medicamenteus zou geschieden, dient de dosering, ter voorkoming van „jood-Basedow”, per dag niet veel meer dan 100 µg jodium te bedragen.

Literatuur: LOGGERS, G. (1976) *Voeding* 37, 454. — Vraag 11. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 377.

P. H. BERBEN,
hoofdinspecteur van de
volksgezondheid

Terecht wijst de heer BERBEN op een fout in de beantwoording van vraag 11 voor wat betreft het jodiumgehalte van brood in Nederland. Uitgaande van een natriumgehalte van circa 500 mg per 100 gram brood is het jodiumgehalte hiervan circa 58 microgram en niet 5,8 microgram, zoals vermeld in het antwoord. Dit is een benadering, immers het jodiumgehalte van het broodzout en het zoutgehalte van het brood kunnen variëren. Het bovenstaande is van geen invloed op de teneur van de beantwoording van de vraag. Beoogd werd te waarschuwen tegen het geven van individuele jodiumsupplementen bij overigens gezonde mensen met een struma, zonder dat daar diagnostiek aan is voorafgegaan.

Het advies om onder de Nederlandse verhoudingen extra brood te gebruiken ter verbetering van de strumaprofylaxe is niet erg praktisch, al zal dit niet leiden tot overmatig gebruik van jodium. Medicamenteuze suppletie van niet meer

dan 100 microgram daags is evenmin op lange termijn goed uitvoerbaar. Met Australië behoort Nederland tot de weinige landen, die gekozen hebben voor strumaprofylaxe door toevoeging van jodium aan het broodzout. Dit kan inderdaad leiden tot grote variaties in het jodiumgehalte van de voeding, afhankelijk van het broodgebruik. Gelukkig bevat de Nederlandse voeding, ook wanneer wij de berekening van LOGGERS (1976) volgen, nog altijd 50-110 microgram jodium, ongekeerd het jodiumgehalte van het brood. De verschillen komen voor rekening van het joodgehalte van het plaatselijke drinkwater.

Tegenwoordig bevat een evenwichtig samengesteld westers dieet meestal wel 150 microgram jodium, vaak zelfs het dubbele hiervan. Naarmate meer fabrieksmatig bereide producten worden gegeven is het jodiumgehalte van het dieet hoger. Wij vonden bij een ziekenhuispopulatie met hyperthyreoïdie, die niet had blootgestaan aan extra jodium door toediening van röntgen-contrastmiddelen, een 24-uurs-uitscheiding van bijna 300 microgram. Dit neemt niet weg dat in een onderzoek bij gezonde bejaarden in Utrecht in een groot aantal gevallen een 24-uurs-uitscheiding werd gevonden, belangrijk lager dan de „optimale” 100 microgram, waarschijnlijk mede een gevolg van verminderd gebruik van brood. Met HELSLOOT (1976) zijn wij daarom van mening dat het te betreuren is, dat de jodering van keukenzout in Nederland is afgeschaft, aangezien ook bij suboptimale voeding het gebruik van zout aan geringere fluctuaties onderhevig is dan dat van brood.

Literatuur: HELSLOOT, M. H. (1976) *Schildklierfunctie en hyperthyreoïdie op oudere leeftijd*. Proefschrift Utrecht. — LOGGERS, G. (1976) *Voeding* 37, 454.

BOEKAANKONDIGINGEN

A. CLARYSSE, Y. KENIS, G. MATHÉ, *Cancer chemotherapy. Its role in the treatment strategy of hematologic malignancies and solid tumors.* (Recent results in cancer research, 53.) 566 bl., 154 fig., 129 tabellen. Springer-Verlag, Berlijn 1976. Prijs: geb. DM. 96,—.

Dit boek is een nieuwe en vergrote editie van het kankerchemotherapieboek van MATHÉ uit 1973, nu uitgegeven als onderdeel van de serie „Recent Results in Cancer Research”. In de eerste 13 hoofdstukken worden de algemene principes van chemotherapie behandeld aan de hand van besprekingen van de biologie van de tumorcel en de farmacologie van cytostatica. In een aantal hoofdstukken worden de praktische aspecten van klinische chemotherapie, zoals o.a. de organisatie van een afdeling voor chemotherapie behandeld. Dit gedeelte van het boek geeft een goed overzicht van het gebied voor de beginnende chemothérapeut. In het speciële gedeelte worden de verschillende tumoren behandeld. Hier wordt veel aandacht besteed aan theoretische waarden van de waarde voor de praktijk nog niet is bewezen. Het betreft vooral het toepassen van chemotherapie-schemata die berusten op principes van celkinetiek, zoals synchronisatie en rekrutering. Veel waarde wordt gehecht aan de immunotherapie, waarvan de resultaten nog zeer omstreden zijn. Een aantal tumoren, waaronder de kindertumoren, worden oppervlakkig en onvoldoende besproken. De mogelijkheden van chirurgie en radiotherapie komen onvoldoende tot hun recht.

Het boek bevat overigens veel nuttige informatie en een goed overzicht van de literatuur. Het lijkt me vooral geschikt voor internisten die zich op de hoogte willen stellen van de vorderingen in de chemotherapie.

F. J. CLETON

Problems of childhood. (Articles published in the *British Medical Journal*.) 149 bl. British Medical Association, Londen 1976. Prijs: ingen. £ 2,50.

Begin 1976 is in de *British Medical Journal* een serie artikelen verschenen over de meest voorkomende ziekten en stoornissen bij kinderen die men in de dagelijkse praktijk tegenkomt. In *Problems of childhood* zijn deze artikelen gebundeld. Uit de artikelen spreekt zowel deskundigheid als ervaring. Een belangrijk hoofdstuk is 'Infant feeding', waarin de nieuwste inzichten omtrent de superioriteit van borstvoeding boven kunstvoedingen systematisch worden besproken. Jammer genoeg ontbreekt het onderwerp ontwikkelingsretardatie, maar een verwant en eveneens belangrijk onderwerp als spraakproblemen wordt wel behandeld. Al met al is het een nuttig boek, dat vooral aan huisartsen en consultatiebureau-artsen kan worden aanbevolen.

J. FERNANDES