

INGEZONDEN

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

Het syndroom van Hoigné

Naar aanleiding van het artikel van PEPLINKHUIZEN en MENKE (1977) over het syndroom van Hoigné zou ik het volgende willen meedelen. Ik ken dat angstwekkende beeld uit eigen ervaring bij een voor mij volkomen normale vrouw. Ik meen me te herinneren dat er ook gevoelsstoornissen bij optraden. Voor deze voor mij toen onbekende paniekverwekkende reactie kon ik maar één verklaring aanvaardbaar vinden, nl. een intraveneuze *injectie* van procaïne-penicilline, al werd deze lege artis uitgevoerd. Lege artis kan het mijns inzien toch voorkomen dat de punt van de naald net door de vaatwand heen zit en dat bij terughalen van de zuiger de vaatwand in de opening van de naald wordt gezogen, zodat bij drukken de vloeistof door de vaatwand heen in het lumen wordt gespoten. Bij kleine bewegingen van de naald is zo iets ook voorstelbaar als de naald net door een vat heen werd gestoken. Een dergelijke verklaring heb ik later ooit gelezen in dit tijdschrift of in *The Lancet*. Als therapie heb ik patiënte toen gekalmeerd met bovenstaande uitleg omdat de circulatie goed bleef en dat had ook zijn effect binnen korte tijd. De vrouw heeft verder geen psychische problemen opgeleverd.

Literatuur: PEPLINKHUIZEN, L. en H. E. MENKE (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 609.

Rotterdam, april 1977

H. TH. P. CREMERS

Psychopharmaca bij bejaarden

Het caput selectum van de hand van prof. VAN PRAAG (1977) geeft mij aanleiding tot een korte aantekening.

Het is zonder enige twijfel juist dat in de psychogeriatric bijzondere eisen worden gesteld aan de farmacotherapie en het is toe te juichen dat VAN PRAAG daar nog eens met klem op heeft gewezen. Hij wijst erop dat levodopa verantwoordelijk kan zijn voor een scala van psychopathologische verschijnselen maar dat men ook terughoudendheid moet betrachten bij het voorschrijven van anticholinergische anti-Parkinsonmiddelen bij extrapyramidale reacties. Deze stelling is in zijn algemeenheid juist. Uit de samenhang echter zou kunnen worden opgemaakt dat bij het farmacologische Parkinsonoïd, amantadine-HCl het keuzepreparaat zou zijn. Dit lijkt mij niet juist.

In het onlangs in Groningen gehouden Parkinsonsymposium is de therapie uitvoerig aan de orde geweest (1977). Gewaarschuwd werd daar tegen de hoge frequentie van dyskinesieën en de 'on-off effects' na langdurige levodopa-therapie in het bijzonder in combinatie met dopadecarboxylaseremmers. Om deze reden werd aanbevolen in eerste instantie — ook bij ouderen — centraal werkende anticholinergica voor te schrijven, eventueel gecombineerd met amantadine-HCl. De ervaring heeft geleerd dat het uitermate zelden voorkomt dat het gunstige effect van 200 mg amantadine door verhoging van de dosering in relevante mate toeneemt. Wel echter nemen de bezwaren o.a. op cardiologisch terrein toe.

Het lijkt wenselijk dat voor de indicatiestelling van levo-

dopa-therapie en in het bijzonder voor de levodopa/dopa-decarboxylaseremmer-behandeling de neuroloog geraadpleegd wordt. Indien levodopa goed verdragen wordt en er geen contra-indicaties zijn, is dit te prefereren boven combinaties met benserazid of carbidopa. Het is zelden nodig dat de dagdosis levodopa 3 gram overschrijdt, zeker niet indien het samen met amantadine wordt voorgeschreven. Het is zonder meer waar dat de medicamenteuze Parkinsonbehandeling bij patiënten met atheromatosis cerebri niet agressief moet zijn. Op langere termijn geeft bovengenoemd beleid naar mening van veel specialisten de beste waarborgen en hoeft men niet in therapeutisch nihilisme te vervallen uit angst voor eventuele nevenwerkingen van de medicatie.

Literatuur: PRAAG, H. M. VAN (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 533.

Nijmegen, mei 1977

J. J. KORTEN

Levodopa heb ik niet genoemd als mogelijk therapeuticum voor neuroleptisch Parkinsonisme bij bejaarden. Wél amantidine, omdat (a) dit middel de anticholinergische werking van de klassieke anti-Parkinsonmiddelen mist en (b) onderdrukking van centrale cholinergische activiteit een desintegratie-bevorderende factor is. Aangezien bij bejaarden een verhoogde desintegratietendens bestaat, lijkt amantidine bij hen méér aangewezen dan de anticholinergische anti-Parkinsonmiddelen. Vergelijkend onderzoek zal moeten uitwijzen of deze aprioristische voorkeur door de praktijk gerechtvaardigd wordt.

Jerusalem, mei 1977

H. M. VAN PRAAG

Lentiginosis profusa, Little Leopard Syndrome

Op het uitstekende artikel van VAN BENTHEM e.a. (1977) wilde ik een niet kritische toevoeging laten aansluiten. Rangschikken wij de afwijkingen, dan blijken aan dit eigenaardige syndroom ten minste twee pathogenetische mechanismen ten grondslag te liggen: (a) een hypofunctie van de hypofyse-voorkwab, zich uitend in groeivertraging bij deze kinderen, met een vertraagde puberteit en ontwikkelingsstoornissen van de genitalia, duidend op een deficiëntie van gonadotrofinen; (b) pigmentafwijkingen in huid en ogen, die wijzen op hypersecretie door de middenkwab van MSH (melanocytic stimulating hormone), waarvan het bestaan de laatste tijd betwist wordt (Editorial 1977).

Schrijver dezes heeft bij zijn onderzoek naar de oorzaak van het Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) bij ongeveer 90% van deze kinderen laesies in de hypofyse-voorkwab gevonden, veroorzaakt door anoxie in utero. Het plotselinge overlijden van SIDS-kinderen op oudere leeftijd (tot 12 maanden) is het gevolg van een progressieve cerebrale compressie, een uitdrukking van een verkleinde schedelinhoud (gevolg van groeiremming van het skelet veroorzaakt door deficiëntie van somatotropine en TSH) bij normale hersengroei welke niet onder hypofysaire invloed staat. Het ge-