

verhoogde uitscheiding van  $^{14}\text{C}$  in de faeces (zie tabel 2). Op grond van deze gegevens houden wij het niet voor waarschijnlijk dat bacteriële overgroei van de dunne darm de voornaamste oorzaak van deze diarree is geweest. De andere twee mogelijkheden zijn het best te bespreken aan de hand van een schema, opgesteld door HOFMANN (1972): in het algemeen is bij galzuurdiarree een klein stuk ileum ( $< 100$  cm) geresecteerd, bij vetzuurdiarree een groter stuk ( $> 100$  cm). De vetresorptie is meestal niet tot licht gestoord bij galzuurdiarree, maar sterk gestoord bij de vetzuurdiarree. Bij beide vormen van diarree is het faecesgewicht verhoogd als gevolg van het verlies aan ileum. Ook bestaat er bij beide vormen een toegenomen synthese van galzuren in de lever. De concentratie aan geconjugeerde galzuren proximaal in de dunne darm, is in geval van galzuurdiarree slechts weinig verminderd, daarentegen bij vetzuurdiarree sterk verlaagd.

De therapie is dan ook verschillend: bij galzuurdiarree zal het binden van galzuur met behulp van cholestyramine verbetering geven, bij vetzuurdiarree heeft dit geen effect omdat er nauwelijks galzuur aanwezig is. Men moet vetzuurdiarree bestrijden door de toevoer van lange-keten vetzuren drastisch te verminderen, ten einde o.a. te voorkomen dat daaruit hydroxyvetzuren worden gevormd onder de invloed van bacteriële enzymen. Heeft de patiënt behoefte aan extra calorieën dan kan men eventueel ter aanvulling middelketen vetzuren voorschrijven, die zonder vorming van micellen kunnen worden gedigereerd en opgenomen.

Terugkomend op de vandaag voorgestelde patiënte, menen wij bij haar te maken te hebben met een galzuurdiarree, ondanks de 120 cm lange ileumresectie! Wij hebben dit aangenomen op grond van de gewichtstoename ondanks diarree, normale vetresorptie en sterk verhoogde uitscheiding van  $^{14}\text{C}$  in de faeces. Daar kan als argument nog aan worden toegevoegd dat de behandeling met 3 maal 2 g cholestyramine per dag een gunstig effect heeft gehad: de frequentie van de defecatie is afgenomen tot 1 à 2 maal per dag en de ontlasting is gevormd! De diarree in deze fase berust dus op een combinatie van secretie en ionentransportremming: bij malabsorptie van galzuren bereiken deze in verhoogde concentratie het colon waar ze enerzijds het transport van natrium-ionen en water vanuit het lumen naar de mucosa remmen, anderzijds een secretie van natrium-ionen en water veroorzaken.

#### LITERATUUR

- DONALDSON, R. M. (1970) *Advanc. intern. Med.* 16, 191.  
DRASAR, B. S., M. SHINER en G. M. MCLEOD (1969) *Gastroenterology* 56, 71.  
FROMM, H. en A. F. HOFMANN (1971) *Lancet II*, 621.  
GORBACH, S. L. (1971) *Gastroenterology* 60, 1110.  
HOFMANN, A. F. en J. R. POLEY (1972) *Gastroenterology* 62, 918.  
TABAQCHALI, S. (1970) *Scand. J. Gastroent.* 5, Suppl. 6, 139.

November 1976

## BRIEVEN AAN DE REDACTIE

### *Amenorroe en bromocriptine*

PROF. DR. J. C. BIRKENHÄGER<sup>1</sup>, DR. S. W. J. LAMBERTS<sup>1</sup> EN PROF. DR. S. A. DE LANGE<sup>2</sup>

Sedert het beschikbaar komen van radio-immunologische bepalingen van prolactine is gebleken dat een niet onaanzienlijk deel van de patiënten met secundaire amenorroe — en waarschijnlijk het merendeel van de patiënten met het amenorroe-galactorroe-syndroom — prolactine-producerende adenomen van de hypofyse hebben (VEZINA en SUTTON 1974; FRANKS e.a. 1975). Deze adenomen zijn veelal klein en bij röntgenonderzoek blijken ze dan alleen tot een asymmetrie van de sella turcica aanleiding te hebben gegeven.

Uit de <sup>1</sup>Afdeling Inwendige Geneeskunde III en de <sup>2</sup>Afdeling Neurochirurgie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, Rotterdam.

Met de dopaminergische stof 2-broom- $\alpha$ -ergocryptine (bromocriptine) kan de verhoogde prolactine-secretie worden geremd — en tegelijkertijd de anovulatie en de infertiliteit worden opgeheven — bij de patiënten met het amenorroe-galactorroe-syndroom al of niet met de klinische verschijnselen van een hypofysetumor en een enkele maal ook indien de prolactine-uitgangswaarden normaal zijn (BESSER e.a. 1972; DEL POZO e.a. 1974; ROLLAND e.a. 1974; CHILD e.a. 1975; THORNER e.a. 1975). Graviditeit kan zeer snel volgen, nog voordat de menses zijn teruggekomen.

Het is te verwachten dat bromocriptine op vrij grote schaal door internisten en gynaecologen op de

genoemde indicatie gebruikt zal worden, nu dit preparaat met ingang van 1 december 1976 op de Nederlandse markt is gekomen (Parlodol). Daarom willen wij nog eens attenderen op het gevaar van suprasellaire uitbreiding, al of niet met een chiasma-syndroom, tijdens een graviditeit bij een patiënte wier hypofyse-adenoom nog niet behandeld is, dat wil zeggen anders dan met bromocriptine. Ook indien tevoren röntgenbestraling van de hypofyse is gegeven, kan zich een dergelijke complicatie tijdens de graviditeit na behandeling met bromocriptine voordoen (LAMBERTS e.a. 1977). Ze kan te wijten zijn aan de normale toeneming in volume van de hypofyse tijdens de graviditeit, dan wel aan groei van het adenoom, of aan beide en de verschijnselen kunnen nog tijdens de graviditeit teruggaan, maar ook kan een operatieve ingreep (vgl. FALCONER en STAFFORD-BELL 1975) of beëindiging van de zwangerschap (THORNER e.a. 1975) onvermijdelijk worden. Derhalve zijn endocrinologisch en neurochirurgisch onderzoek vooraf en nauwlettende controle op suprasellaire verschijnselen bij behandeling van amenorroe met bromocriptine onontbeerlijk.

## LITERATUUR

- BESSER, G. M., L. PARKE, C. R. W. EDWARDS e.a. (1972) *Brit. med. J. III*, 669.
- CHILD, D. F., H. GORDON, K. MASHITER e.a. (1975) *Brit. med. J. IV*, 87.
- FALCONER, M. A. en M. A. STAFFORD-BELL (1975) *J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.* 38, 919.
- FRANKS, S., M. A. F. MURRAY, A. M. JEQUIER e.a. (1975) *Clin. Endocr.* 4, 597.
- LAMBERTS, S. W. J., H. J. SELDENRATH, H. G. KWA e.a. (1977) *J. clin. Endocr.* 44, 180.
- POZO, E. L. DEL, L. VARGA, H. WYSS e.a. (1974) *J. clin. Endocr.* 39, 18.
- ROLLAND, R., L. A. SCHELLEKENS en R. M. LEQUIN (1974) *Clin. Endocr.* 3, 155.
- THORNER, M. O., G. M. BESSER, A. JONES e.a. (1975) *Brit. med. J. IV*, 694.
- VEZINA, J. L. en T. J. SUTTON (1974) *Amer. J. Roentgenol.* 120, 46.

Mei 1977

## VRAAG EN ANTWOORD

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

### *Behandeling van pectus excavatum en carinatum*

Vraag 40. Gaarne zouden wij ingelicht willen worden over de huidige opvattingen betreffende behandeling van pectus excavatum resp. carinatum. Onze mening was tot dusver dat de meeste aandoeningen geen specifieke therapie behoeften, omdat de afwijkingen geen belangrijke verstoringen van de werking van de borstholte-organen (speciaal bij de pectus excavatum verwacht) zou plaatsvinden.

Het blijkt ons dat tegenwoordig eerder en vaker het advies gegeven wordt tot operatieve behandeling.

Antwoord. In de meeste gevallen van pectus excavatum en in bijna alle gevallen van pectus carinatum zal de werking van de borstholte-organen niet belangrijk zijn verstoord. De operatie wordt meestal uitgevoerd om esthetische en psychologische redenen. Na de operatie zijn vaak allerlei subjectieve en functionele stoornissen verdwenen en voelen de patiënten zich veel beter en vooral veel gelukkiger.

De operatie wordt het best uitgevoerd tussen het 5e en 10e levensjaar. Op deze leeftijd kan medewerking worden verwacht in de postoperatieve fase. Bij pectus excavatum is op deze leeftijd de afwijking meestal nog niet zo duidelijk, zodat een beter cosmetisch resultaat kan worden verkregen dan later bij een meer diffuse afwijking.

Operatie is niet aangewezen bij aanwezigheid van andere ernstige afwijkingen (bv. vitium cordis) en ope-

ratie moet uitgesteld worden bij een Marfan- of Marfanachtig type tot de groei voltooid is, aangezien anders een recidief kan ontstaan. Bij de pectus carinatum kan steeds een goed resultaat bereikt worden.

Iedere patiënt moet afzonderlijk beoordeeld worden alvorens een operatie wordt voorgesteld. Hierbij spelen de beweegredenen van de patiënt en zijn familie een grote rol. Na het onderzoek kan naar gelang de afwijking en het type, een oordeel uitgesproken worden over de te verwachten verbetering door operatie.

Het opereren op esthetische en psychologische indicatie is zeker toelaatbaar gezien de goede resultaten die worden verkregen.

### *Een oud toxoplasma-letsel in het oog heeft geen betekenis voor een latere zwangerschap*

Vraag 41. Bij een 12-jarig meisje werd een (oud) toxoplasma-letsel in de oogfundus gevonden. Zij is thans 30 jaar en haar is door een arts gezegd dat de infectie bij een eventuele zwangerschap opnieuw actief kan worden. Thans zijn de toxoplasma-titers voor de immunofluorescentietest tussen 100 en 1.000, en voor directe agglutinatie 8 à 32.

Antwoord. Bij patiënten met oogaandoeningen door toxoplasma komen vrij vaak lokale recidieven voor. De recidieven berusten op het openspringen van kysten in de retina of in andere weefsels van het oog. Dit gaat niet gepaard met hernieuwde parasitemie. Recidieven worden vooral op de leeftijd van 20 tot