

VRAAG EN ANTWOORD

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

Is immunodeficiëntie een contra-indicatie voor alle vaccinaties?

Vraag 18. Kunt u iets zeggen over de zin of onzin of schade van vaccinaties bij patiënten die met immunosuppressiva worden behandeld of anderszins immunodeficiënt zijn? Ik denk bv. aan griepvaccinatie bij levercirrose. Als in dat geval vaccinatie gecontra-indiceerd zou zijn, heeft dan het toedienen van amantodine (Symmetrel) of van gammaglobuline enige zin?

Antwoord. Immunodeficiëntie is een veel gebruikt maar dikwijls niet precies gedefinieerd begrip dat vele klinische ladingen dekt: B-cel-deficiënties, verlaagd of afwezig IgG, IgA of IgM, T-cel-deficiënties, slecht functionerende granulocyten of macrofagen, behandeling met immunosuppressiva en cytostatica en ook wel eenvoudig: recidiverende ontstekingen in het algemeen.

Als wij ons hier bepalen tot patiënten die met immunosuppressiva worden behandeld of lijden aan ernstige B- of T-cel-deficiënties, is het nuttig een onderscheid te maken tussen levende en dode vaccins. In het algemeen zal het toedienen van dode vaccins geen problemen opleveren maar in ieder afzonderlijk geval is niet met zekerheid te voorspellen of na de immunisatie ook een antistofrespons of immuniteit zal volgen. Vaccinatie met levende vaccins is in het algemeen bij deze patiënten gecontra-indiceerd.

Griepvaccinatie bij patiënten met levercirrose levert voor de patiënt geen bijzonder risico op. Of deze vaccinatie ook bescherming zal geven is een andere vraag, die ook voor gezonden nog steeds niet met 100% zekerheid kan worden beantwoord. A priori is niet te verwachten dat een patiënt met levercirrose slechter zal reageren. Het toedienen van gammaglobuline tegen griep heeft geen zin en de betekenis van amantadine voor de preventie van influenza van het type A2 is beperkt. Voor zover bekend heeft het middel geen schadelijke werking op de lever.

De behandeling van de cyanotische vorm van breath holding spells met atropine

Vraag 19. Breath holding spells worden gewoonlijk gerangschikt onder de emotionele gedragsstoornissen, waarvoor geen anti-epileptische therapie in aanmerking komt. Soms echter wordt sulfas atropini als therapie geadviseerd.

In hoeverre is de behandeling met sulfas atropini rationeel, en dus juist?

Antwoord. Breath holding spells hebben geen relatie met epilepsie, hoewel zij natuurlijk ook bij epileptische kinderen kunnen voorkomen. Wij kunnen een cyanotische en een bleke vorm onderscheiden. In bei-

de gevallen wordt de aanval geprovoceerd door een onaangename prikkel, zoals pijn of frustratie.

Bij de cyanotische vorm volgt dan een fase van excessief huilen, die tenslotte eindigt in een apnoe met verlies van bewustzijn en tonus, en soms met enkele clonische trekkingen. Bij de bleke vorm kan de huilfase zeer kort of nagenoeg afwezig zijn en de apnoe gaat gepaard met een korte tonische kramp, zich soms uitend als een opisthotonus. Bovendien treedt er een bradycardie of zelfs een asystolie op.

De cyanotische vorm lijkt sterk emotioneel bepaald. De bleke vorm benadert meer de syncope; men denkt hierbij aan een sterke vasovagale reactie. Er zijn ook tussenvormen. Differentieel diagnostisch kan het effect van oogboldruk van nut zijn. Het verdient echter aanbeveling deze oculo-cardiale reflex slechts onder goed toezicht te onderzoeken met registrering van EEG en ECG. De prognose van beide typen is uitstekend. De aanvallen verdwijnen meestal rondom het vierde à vijfde jaar en behandeling, anders dan geruststellen en begeleiden van ouders en kind, is niet strikt noodzakelijk.

In de bleke groep ligt reeds op theoretische gronden de behandeling met een parasymphaticolyticum voor de hand. Ook in de praktijk blijkt atropine een gunstig effect te kunnen hebben, maar dit middel kan slechts worden aangeraden, indien de aanvallen zeer frequent en hevig zijn.

Tenslotte moet erop worden gewezen, dat soms anemie bestaat, en dat correctie daarvan een zeer gunstige invloed op het voorkomen van aanvallen kan hebben.

INGEZONDEN

De kinderschoen met steunend voetbed

In dit tijdschrift wordt een antwoord gegeven op een vraag over kinderplatvoetjes (Vraag 12 1978). Hoezeer ik mij persoonlijk verheug over het feit dat wat bagatelliserend wordt ingegaan op de betekenis van de platvoet, toch moet mij van 't hart dat dit niet geheel klopt.

Enige punten wil ik hier noemen:

1. Voor normale voeten is uiteraard een steun niet nodig, mits natuurlijk de omstandigheden waarin de voet wordt geplaatst ook normaal zijn. Een harde platte onderlaag is niet normaal, maar al onze vloeren binnen en buiten zijn hard en plat. Daarop lopen is abnormaal en niet zinvol. Dat is niet alleen zo bij de mens: denkt u maar aan het paard.

2. Het nabootsen van een meer natuurlijke bodem met een schoentje met voetbed is niet zo onnatuurlijk als de betonvloer.

3. De gedachte dat een steun de voetspieren zal verslapen doordat ze op nonactief worden gezet, is onjuist. Door overrekken te voorkomen worden banden en spieren niet slap, integendeel. Een boom, die dreigt om te vallen wordt door ondersteuning niet minder stabiel, een corset verslapt

de buikwand niet, een abductiespalk benadeelt de M. deltoideus niet, enz.

4. Wanneer ooit enige steun is gegeven, betekent dit dan ook niet dat ze altijd moet worden gegeven.

5. Inderdaad kunnen niet geschoeide voeten zich goed ontwikkelen zonder klachten, maar ze geven ook vaak wél klachten, en wel in het bijzonder als er enige plano-valgusstand is. Daarbij komt de vraag op wat normaal is. Is iedere plano-valgusstand een „normale variatie”? Het lijkt mij moeilijk deze stelling in z'n eenvoud te verdedigen.

6. Dat er klachten ontstonden door het dragen van schoenen is onder bepaalde omstandigheden juist. Maar onze maatschappij vraagt nu eenmaal om schoenen. We moeten streven naar een schoen die niet schaadt en die beter is dan een betonvloer.

7. Of deze schoen nu soepel moet zijn, zoals wordt geantwoord, is overigens voor mij een vraag. Waarom? Misschien is juist beter een model dat de afdruk nabootst die een voet op een zachtere bodem maakt, waarbij de soepelheid niet zo belangrijk is. Kortom, er zitten veel kanten aan de kindervoet- en de kinderschoenvraag, maar zeker moeten we de betekenis van de hele materie niet overdrijven.

Literatuur: Vraag 12 (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 438.

Amersfoort, april 1978

S. BOUWER

Is orale contraceptie riskant voor vrouwen geboren na een stilbestrolkuur volgens Smith en Smith?

Het antwoord op vraag 3 (1978) geeft duidelijk het onco-teratogene effect weer van stilbestrol op het epitheel van de buis van Müller ter plaatse van de aanleg van ectocervix en vagina ten tijde van de organogenese.

Nimmer is echter aangetoond dat andere oestrogenen, al of niet in combinatie met progestagenen, op zich zelf of als cofactor een carcinogene uitwerking hebben op het cilinderepitheel van de cervix uteri, dat zowel in morfologisch, cytogenetisch en histogenetisch opzicht (LEWIS e.a. 1973; PURI e.a. 1977) identiek is met het epitheel bij adenositis vaginae. Daarom blijft het onduidelijk waarom in het antwoord vrouwen met een adenositis vaginae een gemakkelijke en betrouwbare vorm van anticonceptie, t.w. de combinatiepil ontraden wordt.

BOEKAANKONDIGINGEN

W. A. R. THOMSON, *A dictionary of medical ethics and practice*. 264 bl. John Wright, Bristol 1977.

In dit boek worden in alfabetisch geordende paragrafen ethische en praktische aspecten besproken van onderwerpen die in „gewone” medische boeken en tijdschriften nogal eens buiten beschouwing blijven. In veel gevallen worden tevens niet al te moeilijk bereikbare literatuurverwijzingen gegeven. Het behandelde loopt van Abortus, Acupunctuur, Adoptie, Adverteren, Albinisme, Alcoholisme tot Wrong Operation, Yoga, Yo-Yo-syndroom, Zen.

In veel gevallen wordt gerefereerd aan de Engelse wet of

Dat de door de redactie geconsulteerde expert de verwachting uitspreekt dat deze groep vrouwen met adenositis vaginae als high risk aangemerkt kunnen worden voor het krijgen van een plaveiselcelcarcinoom via de weg van squameuse metaplasie en dysplasie is slechts speculatief doch goed mogelijk. Deze vorm van plaveiselcelcarcinoom wordt echter niet veroorzaakt door de pil.

Derhalve lijkt het mij gerechtvaardigd om vrouwen met adenositis vaginae goed onder cytologische en colposcopische controle te houden (cervix-dysplasie-polikliniek) maar voorshands is er geen reden om hun de combinatiepil te ontraden.

Literatuur: LEWIS, J. L., S. R. B. NORDQVIST en R. M. RICHART (1973) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 115, 737. — PURI, S., C. M. FENOGLIO, R. M. RICHART e.a. (1977) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 128, 550. — Vraag 3 (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 87.

Utrecht, februari 1978

A. C. M. VAN LINDERT

Collega VAN LINDERT heeft het antwoord op vraag 3 (1978) niet goed gelezen. Nadrukkelijk werd vermeld dat een secundaire ontaarding van adenositis vaginae in adenocarcinoom (tot nu toe) nooit is waargenomen. Dat wil niet zeggen dat het zonder meer gerechtvaardigd is om aan deze groep jonge vrouwen extra oestrogenen toe te dienen al of niet in combinatie met progesteron.

Er is vastgesteld dat de velden ectopisch cilindrisch epitheel in de vagina hormonaal beïnvloed zijn. Onder invloed van progesteron kan een vermindering van de adenositis worden bereikt (STAFEL). Onder invloed van behandeling met oestrogenen kan een microglandulaire hyperplasie ontstaan, zoals deze in de cervix uteri voorkomt.

Het komt ons redelijk voor de groep meisjes bij wie langs iatrogene weg afwijkingen zijn geïnduceerd, niet opnieuw bloot te stellen aan een behandeling met exogene oestrogene hormonen zolang de gunstige prognose van de adenositis op latere leeftijd niet met zekerheid is vastgesteld. Bovendien is het niet louter speculatief dat jonge vrouwen met een adenositis een verhoogd risico zouden hebben een plaveiselcelcarcinoom te krijgen. Er zijn reeds ernstige dysplasieën van metaplastisch epitheel vastgesteld in gebieden waar adenositis bestond. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat vanuit deze ernstige epitheelafwijkingen plaveiselcelcarcinomen kunnen ontstaan zoals ook in de cervix uteri het geval is.

de Engelse gezondheidsorganisatie. Eén van de door het gehele boek lopende grondgedachten is echter „There is a tendency today to rush to the legislature whenever trouble blows up and to assume that all problems can be solved by regulation. This is all wrong and a tendency that must be resisted!” . . . „The law must be observed, but there is too much a tendency today for doctors to shirk their responsibilities as members of an honourable profession, and to shelter behind the law.”

Over vele onderwerpen geeft dit boek goede informatie die men elders vergeefs zoekt.

CHR. L. RÜMKE