

kwaliteit van het galblaasonderzoek (fig. 1) inderdaad voor discussie vatbaar. Eerst zou toch een herhaling van dit onderzoek en dan eventueel intraveneuze cholecystografie en (of) echografie kunnen worden overwogen. Wellicht is dit ook geschied, maar het blijkt niet uit de tekst.

Last but not least laat de tijdens de ERCP gereproduceerde foto van de galblaas (fig. 2) niet alleen stenen zien, maar tevens randonscherpte in het fundusgebied, strictuurvorming, en in het halsgebied enkele duidelijk met contrast gevulde Rokitansky-Aschoff-sinussen. De mogelijkheid van adenomyomatose, eventueel gecombineerd met cholesterolose dient dan overwogen te worden. Ook op de orale foto zijn enkele van deze afwijkingen waarneembaar. Met name de cholesterolose is bekend wegens zijn combinatie met cholelithiasis, omdat de pseudopoliepijjes die zich bij deze afwijking voordoen, los kunnen raken en zich als nucleus c.q. galsteen kunnen gaan gedragen (JUTRAS 1976; RUIJS en HULST 1977). Het is dan ook niet verwonderlijk dat wij uiterst benieuwd zijn naar de histologie van de verwijderde galblaas.

Literatuur: HOLTZER, J. D. en S. G. TH. HULST (1973) *Acta med. scand.* 194, 221. — JUTRAS, A. J. (1976) In: H. L. BOCKUS *Gastroenterology*, bl. 816. Saunders, Philadelphia. — KOSTER, M. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 617. — RUIJS, J. H. J. en S. G. TH. HULST (1977) *Diagnosis of cholecystoses*. Martinus Nijhoff, Den Haag.

Enschede,
Utrecht, mei 1978

S. G. TH. HULST
J. H. J. RUIJS

De opmerkingen van de collegae SELINK en UDDING gaan ervan uit, dat de gepubliceerde foto de enige foto zou zijn die bij het onderzoek werd vervaardigd. Dit is uiteraard niet het geval. De röntgenoloog (D. M. A. AGENANT) heeft een volledige serie foto's in alle houdingen gemaakt. Op geen van deze opnamen — ook niet na revisie — konden de steentjes worden waargenomen. Het was uiteraard niet mogelijk alle foto's te reproduceren. Daarom werd voor de reproductie de foto gekozen, die technisch daarvoor het meest in aanmerking kwam.

Dit geeft mij bovendien aanleiding om de opmerking in mijn les in de zinsnede „... wordt opnieuw een oude waarheid onderstreept, nl. dat men aan de resultaten van technisch minder volmaakte onderzoeksmethoden geen grote waarde mag toekennen” nader te adstrueren. Het betreft hier röntgenologisch galblaasonderzoek met behulp van orale contrastmiddelen. De bedoeling was te zeggen dat aan de resultaten van onderzoekingen die om welke reden dan ook technisch minder volmaakt zijn, geen grote betekenis mag worden toegekend. Het was allerminst de bedoeling de methodiek van galblaasfoto's met behulp van orale contrastmiddelen in diskrediet te brengen. Wij menen op grond van de verhoogde enzymwaarden, dat intraveneuze cholangiografie, ook met perfusiemethoden, geen betere resultaten zou hebben opgeleverd.

Ten einde een duidelijk beeld te krijgen van de galwegen en zo mogelijk ook van de ductus pancreaticus werd overgegaan op de beschreven ERCP-methode, die in handen van deskundigen van de desbetreffende afdeling geen al te ingrijpend onderzoek betekent en onzes inziens in de gegeven omstandigheden volstrekt gerechtvaardigd was. Het resultaat heeft ons in het gelijk gesteld.

De collegae HULST en RUIJS ben ik zeer dankbaar voor de aanvulling en voor de uitvoerige nadere analyse van de röntgenopnamen via de ERCP-methode.

De uitslag van het histologisch onderzoek (afd. Patholo-

gische Anatomie, hoofd: prof. dr. C. A. WAGENVOORT) luidde als volgt:

Een galblaasresectiepreparaat ter lengte van 7 cm en met maximale diameter van 2 cm. De serosabekleding is glad. De galblaaswand is soepel. Het galblaasslijmvlies heeft een donzig aspect. Er zijn multipele, kleine, zwarte, scherpe steentjes aanwezig met maximale diameter van 0,2 cm. Microscopie: galblaaswand bekleed met sterk geplooid slijmvlies, waarop cilinderepitheel, bestaande uit cellen met monomorfe ronde kernen en eosinofiel cytoplasma, waarin zich veel galpigment bevindt. In de spierwand zijn enkele lymfocyten aanwezig. Een sinus van Aschoff-Rokitansky wordt gezien. De ductus cysticus is normaal.

Amsterdam, juni 1978

M. KOSTER

Auto-immune hemolytische anemie door gebruik van methyldopa (Aldomet)

We lazen met belangstelling het artikel van R. STIENSTRA (1978). Graag maken we in dit verband melding van een ernstige complicatie die bij een van onze patiënten deze hemolyse vergezelde.

Een 73-jarige dame consulteerde ons in november 1975 wegens sinds 1 maand optredende, recidiverende dyspnoe-aanvallen, die gepaard gingen met een sterk benauwdheidsgevoel en hyperventilatie. Op grond van klinische, radiografische en scintigrafische bevindingen en van de bloedgas-analyse, die een hypoxie en hypocapnie toonde, werd de diagnose multipele, kleine longembolieën gesteld.

De bloedsuitslagen toonden tevens een duidelijke anemie (Hb-gehalte 5,9 mmol/l). De bijkomende biochemische gegevens wezen op hemolyse (gestegen bilirubinemie, reticulocytose, gestegen melkzuurdehydrogenasegehalte, gedaald haptoglobine) en de directe Coombs-test was sterk positief. Aangezien patiënte sinds 3½ jaar behandeld werd met methyldopa (Aldomet) was de diagnose AIHA ten gevolge van methyldopa waarschijnlijk. De vlotte verbetering van het bloedbeeld na het staken van deze medicatie bevestigde dit vermoeden: zonder enige andere therapie was de bilirubinemie na 1 week genormaliseerd en was het Hb-gehalte na 4 weken tot 8,2 mmol/l gestegen. De Coombs-test was na 6 maanden weer negatief.

Omdat een verband tussen de hemolytische aandoening en de longembolieën vermoed werd, gingen we de literatuur hierover na. Het verhoogd risico op trombo-embolische processen bij de idiopathische AIHA is door verschillende auteurs beschreven. In de reeks van ALLGOOD en CHAPLIN (1967) vormden longembolieën de frequentste doodsoorzaak.

YOUNG e.a. (1951) beschreven een patiënt waarbij tromboflebitis steeds samenviel met opvlamming van de hemolyse. Trombo-embolische processen werden bij autopsie frequent aangetroffen in de reeks van CROSBY en RAPPAPORT (1957). Bij de secundaire vorm van AIHA ten gevolge van methyldopa zijn trombo-embolische processen minder beschreven. Dit is waarschijnlijk te verklaren doordat de hemolyse meestal vlug opgemerkt wordt en steeds vlot regressieert na het stoppen van de medicatie. Interessant is echter de eerste reeks van AIHA door methyldopa-gebruik, beschreven door WORLLEDGE e.a. (1966). Bij 18 van de 25 beschreven patiënten werd methyldopa oorspronkelijk niet gestopt omdat het verband nog niet bekend was. Hierbij stierven 2 patiënten waarvan 1 aan multipele longembolieën. Ook de patiënt met AIHA bij gebruik van levodopa

beschreven door HOORNTJE (1976) stierf aan longembolieën.

Bij onze patiënte waren er geen andere bevorderende factoren voor trombo-embolische processen, zoals recente operatie, bedlegerigheid of maligne tumor. De orale anticoagulerende therapie werd na 3 maanden gestopt en thans, meer dan 2 jaar nadien is patiënte in goede algemene conditie, zonder anemie en zonder aanwijzingen voor nieuwe longembolieën. We menen dan ook dat het samengaan van longembolieën en hemolyse bij deze patiënte niet louter op toeval berust.

Literatuur: ALLGOOD, J. W. en H. CHAPLIN Jr. (1967) *Amer. J. Med.* 43, 254. — CROSBY, W. H. en H. RAPPAPORT (1957) *Blood* 12, 42. — HOORNTJE, S. J. en J. T. PANDERS (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 204. — STIENSTRA, R. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 14. — WORLLEDGE, S. M. e.a. (1966) *Lancet* II, 135. — YOUNG, E. E. e.a. (1951) *Ann. intern. Med.* 35, 507.

Kortrijk, april 1978

CHR. BRAXEL
CHR. VANDERMERSCH

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITTANNIË

Poliomyelitis en vaccinatie daartegen. — Evenals in ons land is in Engeland het aantal gevallen van kinderverlamming sterk gedaald sinds de inenting daartegen werd ingevoerd. Aan het eind van de jaren veertig en in de eerste jaren na 1950 werden er per jaar 1000-7000 gevallen gemeld. Na 1956, het jaar waarin de inenting met het geïnactiveerde vaccin volgens Salk begon, daalde het aantal patiënten en in 1962 bedroeg het 212. Daarna is men overgegaan op het Sabin-vaccin dat uit een verzwakt levend virus bestaat. Nadien is de daling voortgegaan en in de periode 1969-1975 bleef het jaarlijks aantal aangegeven gevallen beneden de 10. In 1976 werden evenals in 1977 13 patiënten gemeld. Van deze 26 gevallen deden 17 zich voor in de drie laatste maanden van 1976 en de eerste drie maanden van 1977. Deze ophoping in het koude seizoen is ongewoon. De gevallen traden over het gehele land verspreid op. Slechts in twee kleinere steden (Stockport en Rochdale) deden zich twee gevallen voor. Bij de patiënten werd voornamelijk het polio type I gevonden. Dit was ook het geval geweest tijdens de kleine epidemische verheffingen in 1965 en 1968, terwijl in de perioden daartussen de drie typen van het poliovirus in gelijke mate voorkwamen. Van de 26 patiënten was er één tevoren volledig geïmmuniseerd. Deze patiënt herstelde geheel. Nog één patiënt had tevoren 2 doses Sabin-vaccin ontvangen. Bij vier kinderen onder het jaar ontstond de ziekte 14-19 dagen na de eerste inenting met het Sabin-vaccin. Tegelijk met dit vaccin hadden zij een injectie met DTP-vaccin gekregen. Bij alle vier ontstond een verlamming in de arm waarin de injectie was gegeven. Twee van hen kregen ook nog andere verlammingen. De overige 20 patiënten waren nooit eerder tegen kinderverlamming ingeënt. Voor het gehele land was het jaarlijkse inentingspercentage gedaald van 80 in 1973 tot 74 in 1976. In Rochdale waar in 1976 twee gevallen voorkwamen bedroeg het inentingspercentage slechts 46.

De schrijvers (*Lancet* (1978) I, 976) merken op dat ondanks redelijke vaccinatiecijfers, kinderen uit de lagere sociaal-economische groepen vaak oningeënt blijven. Onder de patiënten waren zes kinderen van rondtrekkende families. De levensomstandigheden van de andere patiënten was armelijk.

Dat de verspreiding beperkt is gebleven, wordt toegeschreven aan de steeds snel uitgevoerde zeer intensieve inentingscampagnes. Zo werd er in Rochdale, een stad met nauwelijks 100.000 inwoners, aan 71.000 personen vaccin verstrekt.

De vier gevallen van poliomyelitis waarbij de verlamming optrad in de arm waarin het DTP-vaccin was ingespoten manen tot voorzichtigheid met het geven van intramusculaire injecties van stoffen die vrij sterke lokale reacties kunnen geven, in perioden waarin het aantal gevallen van kinderverlamming ongewoon groot is.

ITALIË

Babylon in Bolzano. — Het centrale provinciale ziekenhuis in Bolzano staat reeds jarenlang half leeg. Er is gebrek aan artsen en ander personeel. Over geheel Italië gerekend, bestaat er geen artsentekort. Maar in Zuid-Tirol vormt de officiële tweetaligheid een barrière voor de toelating tot het ambt in overheidsdienst. Voor die toelating moet men een taalexamen afleggen. Hierbij wordt geen genoegen genomen met een beperkte vaardigheid in de „vreemde” taal, voldoende om binnen het eigen beroep te kunnen functioneren. Het examen is zwaar omdat men daarmee de toegang tot elke overheidsfunctie in dat gebied verwerft. Bij het examen blijken helaas politieke en culturele frustraties een rol te spelen. De „Duitsers” brengen de Italianen in verwarring met ingewikkelde Duitse zinsconstructies. De Italianen brengen met succes hun twee vormen van de verleden tijd in de strijd. Slechts 1/3 deel van het verplegend personeel slaagt voor het taalexamen. De kennis van het Italiaans maakt het voor de van huis uit Duitstalige artsen die in overheidsdienst werkzaam zijn gemakkelijk om mee te dingen naar aantrekkelijke posities elders in Italië. Dit mechanisme werkt niet in omgekeerde richting, zodat er in Zuid-Tirol een specialistentekort ontstaat. Daarbij komt nog dat voor de artsen in overheidsdienst al 8 jaar een salarisstop bestaat. In andere delen van Italië vinden de artsen compensatie in een oogluikend toegelaten uitoefening van een eigen praktijk. In Zuid-Tirol wordt dit echter niet toegestaan. Een voorstel om de artsen een aandeel te geven in de uitkomsten van de ziekenhuispoliklinieken werd door Rome afgewezen.

Intussen moest de afdeling intensive care worden gesloten. In het ziekenhuis, dat een centrale functie in de streek heeft, kan maar drie maal in de week worden geopereerd omdat men slechts over één anesthesist beschikt. En dit lukt alleen nog maar dank zij de hulp van personeel uit Trente en Verona, dat daarvoor op en neer moet reizen. Tijdens een operatie kan geen pathologisch-anatomisch onderzoek plaatsvinden. De preparaten moeten naar elders worden opgestuurd. Mocht de uitslag van het onderzoek daartoe aanleiding geven dan moet de patiënt opnieuw worden geopereerd (*Dtsch. Ärztebl.* (1978) 18, 1101). Gezondheidszorg op zijn malst!