

patiënten met een trochantermassief-fractuur, met pennen volgens Ender behandeld.

*Literatuur:* HERMSEN, C. D., J. N. KEEMAN en D. J. STEENSMA (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1315.

Maastricht, september 1978

J. M. GREEP  
A. J. VAN DER LINDEN  
J. H. BERGMAYER

Van harte wensen wij de collegae GREEP, VAN DER LINDEN en BERGMAYER geluk met de door hen bereikte resultaten bij de behandeling van fracturen in het trochantermassief bij 40 patiënten, met behulp van de methode volgens Ender. Helaas laten zij een aantal gegevens onvermeld: o.a. het type fractuur, duur van operatie, afwijkende stand na operatie, en de vraag of de patiënten na de ingreep weer aan belast lopen toekwamen. Ook de duur van de nacontrole wordt door hen niet beschreven.

Met de laatste conclusie: „Door de voortreffelijke resultaten van deze methode hebben wij de hoekplaatmethode verlaten en worden *alle* patiënten met een trochantermassief-fractuur, met pennen volgens Ender behandeld” kunnen wij ons beslist niet verenigen, zoals reeds in ons artikel uitvoerig is toegelicht. Vooral bij de jongere patiënt met onstabiele of moeilijk reponeerbare fracturen bieden andere methoden (onder andere de A.O.-hoekplaat) vaak een beter uitzicht op een goed eindresultaat dan de Enderpenmethode, mede daar deze patiënten langdurige bedrust goed verdragen en meestal zeer snel onbelast gemobiliseerd kunnen worden.

MARTI stelde in zijn voordracht over „Trochanteric fractures”, gehouden op het symposium „Hip region fractures” d.d. 30 september 1978 in het Sint Lucas Ziekenhuis te Amsterdam: „There is not just *one* method to treat trochanteric fractures, but there is only *one* patient, and the therapy has to be related to this patient.” Ook ENDER deelde op het symposium mede zijn pennen niet voor jongere patiënten te gebruiken.

Inmiddels zijn door ons bijna 80 patiënten geopereerd met goed resultaat. De methode volgens Ender wordt ook door ons met tevredenheid toegepast. De opzet van onze publikatie was, duidelijk te maken dat deze eenvoudig lijkende methode niet in alle gevallen zo eenvoudig is, zeker wanneer men de resultaten zeer nauwkeurig en kritisch beziet.

Amsterdam, november 1978

C. D. HERMSEN  
J. N. KEEMAN  
D. J. STEENSMA

### *Bijwerkingen van eenmaal een hoge dosis laxeermiddel*

De collegae BROUWERS en SCHNEIDER (1978) beschrijven bijwerkingen bij twee patiënten die als voorbereiding van radiologisch darmonderzoek gelaxeerd werden. De schrijvers trekken voorlopig conclusies ten aanzien van de dosering en de patiëntenleeftijd.

Senna, de werkzame substantie van het gebruikte medicament X-Praep, wordt als laxans toegediend bij patiënten met obstipatie. Laxantia worden ook gebruikt om de kwaliteit van röntgenopnamen van het abdomen te verbeteren. Overdosering van senna zou niet of nauwelijks mogelijk zijn omdat de actieve component en de rest van het middel

door de darm uit het lichaam worden verwijderd (NELEMANS 1976), maar er bestaat duidelijk een individuele variabiliteit (GODDING 1976). Op grond van het farmacologische werkingsmechanisme zijn bijwerkingen zoals meteorismus, misselijkheid, braken, buikkramp en collaps te voorspellen en dus bekend. Langdurige toediening van excessief hoge dosering van cascara, senna en aloë zou tot colonbeschadiging kunnen leiden (GODDING 1976).

Perforaties als gevolg van een eenmalige hoge dosering duiden onzes inziens echter op andere dimensies, o.a. patiëntselectie. Hoge ouderdom en een slechte algemene gezondheidstoestand zijn discutabele factoren bij de toepassing van hoge doses van laxerende substanties, zoals de sennosiden A en B. Een hoge dosis van een laxeermiddel met de diagnostiek (nl. het verkrijgen van goed beoordeelbare röntgenfoto's) als enig doel kan in genoemde gevallen beter achterwege blijven. De keuze van een ander middel dient individueel door de behandelende arts te worden bepaald.

Het lijkt ons uit de voorliggende casuïstiek gerechtvaardigd te concluderen dat de beschreven patiënten minder geschikt waren voor het gebruik van een laxeermiddel en ongeschikt voor een eenmalige (te) hoge dosis van een laxeermiddel.

*Literatuur:* BROUWERS, J. R. B. J. en H. S. SCHNEIDER (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1098. — GODDING, E. W. (1976). *Pharmacology (Basel)* 14, suppl. I, 78. — NELEMANS, F. A. (1976) *Pharmacol. (Basel)* 14, suppl. I, 73.

Diemen, september 1978

J. M. JANBROERS  
J. PODVINEC

De conclusie van JANBROERS en PODVINEC dat uit de voorliggende casuïstiek de beschreven patiënten ongeschikt waren voor een eenmalige hoge dosis van een laxeermiddel is achteraf gemakkelijk te trekken. De moraal van ons verhaal is juist er voor te waarschuwen dat laxeermiddelen ter voorbereiding van röntgenonderzoek vaak als poliklinische verstrekking aan de patiënt worden meegegeven, zonder recept of andere aanwijzingen voor aflevering en zonder voorafgaande controle door de apotheker.

Ede/Bennekom, november 1978

J. R. B. J. BROUWERS  
H. S. SCHNEIDER

### *Malariaprofylaxe*

De combinatie van *een* (mijn cursivering) sulfonamide met pyrimethamine is volgens VAN DER KAAJ en ZUIDEMA (1978a) de beste thans bekende profylaxe tegen malaria in Zuidoost-Azië. Daaruit volgt dat iedere andere vorm van profylaxe een slecht alternatief is en dus zo mogelijk vermeden dient te worden. Het wekt daarom verbazing dat het feit dat de vaste combinatie van één sulfonamide met pyrimethamine (Fansidar) in Nederland niet in de handel is, hen volledig doet afzien van het principe om een sulfonamide + pyrimethamine te gebruiken. Zij spreken zich uitvoerig uit tegen mijn suggestie om bij onverkrijgbaarheid van sulfadoxine + pyrimethamine (Fansidar) gebruik te maken van een soortgelijke combinatie, zoals sulfaleen + pyrimethamine, in aangepaste dosis (VAN DER KAAJ en ZUIDEMA 1978b). Hun argumenten daarvoor zijn weinig overtuigend:

1. De literatuurgegevens over het effect van sulfaleen +