

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, buikkrimp 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 +

trimetoprim zijn niet erg relevant voor de activiteit van de combinatie sulfaleen + *pyrimethamine* en nog minder voor de relatieve effectiviteit van sulfaleen + *pyrimethamine* en sulfadoxine + *pyrimethamine* (Fansidar)

2. De WHO adviseert Fansidar, maar dat wil niet zeggen dat sulfadoxine bij de malariabestrijding een aparte plaats onder de sulfonamiden inneemt. Er is niets tegen Fansidar, maar het ging er hier om wat men moet adviseren als dit combinatiepreparaat niet verkrijgbaar is. Het WHO-advies gaat daar niet op in. (Een analoge situatie doet zich voor als in de bacteriologie cotrimoxazol wordt geadviseerd; er is dan niets op tegen om het sulfamethoxazol te vervangen door een equivalente dosis van een ander sulfonamide, maar dat is gewoon nodeloos omslachtig zolang cotrimoxazol beschikbaar is.)

VAN DER KAAJ en ZUIDEMA zeggen voorts dat zij niet zouden weten in welke dosering de combinatie sulfaleen + *pyrimethamine* zou moeten worden voorgeschreven. Voor het berekenen van de equivalente dosis van twee sulfonamiden gaat men uit van de vrije (niet-eiwitgebonden) concentratie in serum op het eind van het doseringsinterval. De benodigde farmacokinetische gegevens en de betreffende berekeningen zijn gepubliceerd door de groep van KRUGER-THIEMER (1965, 1969). De doses van twee sulfonamiden wordt als equivalent beschouwd als het quotiënt van de vrije serumconcentratie op het eind van het doseringsinterval en de minimum-remmingsconcentratie voor het betreffende micro-organisme voor beide sulfa's gelijk is. Het zwakke punt is natuurlijk dat de door KRUGER-THIEMER aangegeven dosisverhoudingen betrekking hebben op bacteriële infecties, terwijl het niet zeker is of de onderlinge activiteitsverhouding van verschillende sulfonamiden ten opzichte van bacteriën dezelfde is als tegen malaria-parasieten. Hierover bestaan voor zover mij bekend geen betrouwbare gegevens, doordat tot voor kort geen in-vitro-gevoeligheidsbepalingen voor *Plasmodium* ter beschikking stonden. Het is echter niet waarschijnlijk dat de effectiviteitsverhoudingen tussen de sulfonamiden

onderling bij malaria sterk zouden verschillen ten opzichte van de situatie in de bacteriologie.

Als men het, m.i. kleine, risico op ongelijkwaardigheid van sulfadoxine en op de aangegeven wijze aangepaste doses van andere sulfonamiden zoals sulfaleen niet wil accepteren, zou het nog beter zijn Fansidar op artsverklaring te laten verstrekken door de betreffende farmaceutische firma dan uit te wijken naar de combinatie chloroquine + proguanil, die volgens VAN DER KAAJ en ZUIDEMA (1978a) een malaria-aanval niet steeds voorkomt.

Literatuur: KAAJ, H. J. VAN DER en P. J. ZUIDEMA (1978a) *Ned. T. Geneesk.* 122, 274; (1978b) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1269. — KRUGER-THIEMER, E., H. BERLIN, G. BRANTE e.a. (1969) *Chemotherapy* 14, 273. — KRUGER-THIEMER, E. en P. BUNGER (1965) *Proc. Europ. Soc. for study of drug toxicity*, bl. 185. (Int. congress series, nr. 97, vol. VI.) *Excerpta Medica*, Amsterdam.

Nijmegen, oktober 1978

E. J. VOLLAARD

Het voorschrijven van een soortgelijke combinatie als sulfadoxine + *pyrimethamine* werd door ons overwogen. Het voorstel van VOLLAARD om sulfadoxine te vervangen door sulfaleen is zeker zinvol. De moeilijkheid is echter dat gegevens over activiteitsverhoudingen van verschillende sulfonamiden ten opzichte van malariaparasieten ontbreken; verder achten wij het een groot bezwaar op theoretische gronden een ander sulfonamide voor te schrijven zonder dat hierover nog literatuurgegevens beschikbaar zijn en zonder dat wij de resultaten zouden kunnen controleren. De Wereldgezondheidsorganisatie begeleidt thans een dergelijk onderzoek in Birma; het is te hopen dat dan over enige tijd een goed gefundeerd oordeel kan worden gegeven.

Amsterdam, november 1978

H. J. VAN DER KAAJ
P. J. ZUIDEMA

BERICHTEN

Buitenland

FRANKRIJK

Parasitose appendiculaire. — Darmparasieten in de appendix kunnen het beeld oproepen van acute appendicitis. P. PLANE e.a. (*Nouvelle Presse médicale* (1978) 7, 3456) beschrijven 40 kinderen bij wie appendectomie werd verricht terwijl later bleek dat darmparasieten de oorzaak van de verschijnselen waren geweest. In de meeste gevallen werd in het lumen van de appendix *Oxyuris* en soms ook *Trichocephalus* gevonden, met ophopingen in de vorm van kiemcentra van eosinofiele leukocyten in de mucosa. Slechts bij 3 van de 40 kinderen had het ontstekingsproces zich uitgebreid buiten de mucosa naar de buitenste lagen en het peritoneum toe, maar bij slechts één daarvan bestond een echte acute ontsteking van de appendix waarbij ook het peritoneum was betrokken en waarbij de wormen ook in de wand van de appendix waren binnengedrongen. De klinische verschijnselen waren vaak moeilijk te duiden. De pijn was meestal diffuus in de buik gelokaliseerd en was slechts bij de helft van de kinderen rechts onder gezeteld, met drukgevoeligheid in de zone van MacBürney. De tem-

peratuur bedroeg gemiddeld 37,8°C en het aantal leukocyten 9800/mm³. Was het klinische beeld dus al weinig indrukwekkend, bij operatie leek de appendix op het oog ook normaal, tot het histologisch onderzoek leerde wat er gaande was. Wel waren bij een kwart van de kinderen de mesenteriale lymfklieren gezwollen.

Er was bij 13 van de 40 kinderen voor de operatie een onderzoek naar parasieten verricht, 11 maal met positief resultaat. Schrijvers menen dat er bij een duidelijk appendix syndroom met koorts wel geopereerd moet worden, ook al zijn er oxyuren gevonden. Wanneer het klinische beeld vaag is, met terugkerende episodische pijn in de anamnese, dan dient eerst een onderzoek van de faeces op parasieten te worden verricht. Indien dit positief uitvalt kan een wormkuur alle verschijnselen doen verdwijnen. Uit het feit dat zij op 40 gevallen slechts één hebben waargenomen van echte flegmoneuze appendicitis veroorzaakt door invasie van oxyuren, concluderen zij dat deze complicatie van oxyuriasis die tot chirurgisch ingrijpen dwingt, een betrekkelijke zeldzaamheid is vergeleken met de histologisch onschuldige vormen van appendixinfestatie.