

Een huidbiopt, waarover auteur schrijft, brengt ons daarom niet veel verder. De ontsteking begint in het onderste gedeelte van het subcutane bindweefsel, terwijl het vet aanvankelijk vrij blijft.

De term fasciitis, letterlijk: ontsteking van de fascie, kan verwarring geven, omdat aan fascie verschillende betekenissen worden gehecht. In ons land en in de Duitssprekende landen verstaat men onder fascie het stugge bindweefsel dat de spier omgeeft. In de Engelssprekende landen onderscheidt men een oppervlakkige en een diepe fascie. De diepe fascie komt overeen met „onze” fascie; de oppervlakkige fascie is het losmazige bindweefsel van de subcutis, dat opgevuld is met vet (CUNNINGHAM 1907; SINCLAIR 1968). Met fasciitis nu wordt ontsteking van de oppervlakkige fascie aangeduid, en niet, zoals men zou denken en zoals ook CIRKEL dacht, van „onze” diepe fascie.

Fasciitis is dus ontsteking van losmazig bindweefsel, dat subcutaan is gelegen. De gangbare termen voor ontsteking van losmazig bindweefsel zijn, zoals bekend, flegmone in de Duitssprekende landen alsmede in ons land en cellulitis in de Engelssprekende landen. Letterlijk genomen zijn fasciitis en subcutane flegmone dus verschillende termen voor een zelfde ontsteking. Gezien de merkwaardige klinische aspecten, zoals de niet scherp begrensde roodheid, de blaarvorming, de blauwe en zwarte vlekjes en de in lappen loslatende huid, is het zinvol deze speciale vorm van subcutane flegmone aan te duiden met de term necrotiserende fasciitis.

*Literatuur:* CIRKEL, P. K. S. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 154. – COLLINS, R. N. en M. S. NADEL (1965) *New Engl. J. Med.* 272, 578. – CUNNINGHAM, D. J. (1907) *Manual of practical anatomy I*, bl. 2 en 7. – SINCLAIR, D. C. (1968) *A companion to medical studies I*, 19, bl. 3. – STRASBERG, S. M. en M. S. SILVER (1968) *Amer. J. Surg.* 115, 763. – WILSON, B. (1952) *Amer. Surgeon* 18, 416.

Den Haag, maart 1980

F. KALSBECK

Gaarne dank ik collega KALSBECK voor zijn uitgebreide reactie en leezame opmerkingen naar aanleiding van de door hem geobserveerde patiënten. De verschillende betekenissen van het begrip fascie waren mij niet bekend. Het is jammer dat de klinische gegevens van de door collega KALSBECK beschreven patiënten soms zo summier zijn dat men zou kunnen twijfelen aan de juistheid van de diagnose necrotiserende fasciitis (patiënten 3 en 5). De reden van vermelding van de ziektegeschiedenis van patiënt 6 is mij niet duidelijk, tenzij het de bedoeling was aan te geven dat door het „negatief” uitvallen van het onderzoek met de knopsonde de diagnose necrotiserende fasciitis verworpen werd. Het lijkt mij een goed beleid om iedere atypische of ernstige erysipelas als necrotiserende fasciitis te beschouwen totdat het tegendeel (met behulp van het onderzoek met de knopsonde) bewezen is, waarbij bedacht moet worden dat blaarvorming niet zo zelden ook bij erysipelas gezien wordt. Een huidbiopt toont een niet specifiek beeld en is daarom inderdaad voor het stellen van de diagnose niet van belang.

Graag maak ik van de gelegenheid gebruik voor een correctie: de tussen haakjes geplaatste opmerking „er werd niet op anaërobe micro-organismen gekweekt” op bl. 155, 2e kolom, 9e en 10e regel, had aan het eind van de voorafgaande zin moeten staan, omdat uit het bloed wel op anaëroben gekweekt werd, zoals prof. dr. D. M. MACLAREN (hoofd afdeling klinische bacteriologie, Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit) terecht opmerkte.

Tenslotte wil ik er met nadruk op wijzen dat het zeker niet de bedoeling van mijn mededeling was om een conservatieve behandeling bij necrotiserende fasciitis aan te bevelen. Indien de diagnose necrotiserende fasciitis gesteld is, dient de patiënt aan de chirurg voorgesteld te worden, waarna de behandeling in overleg kan plaatsvinden.

Amsterdam, april 1980

P. K. S. CIRKEL

## *Prolactinoom*

Bij de klinische les van VAN LEUSDEN en BOUJ (1980) zouden wij gaarne een aanvullende opmerking willen maken over de mogelijkheden tot chirurgische behandeling van micro-prolactinomen. Zij schrijven: „... de consequentie van de neurochirurgische ingreep zou immers levenslange substitutie kunnen inhouden, omdat niet steeds te vermijden is, dat met het prolactinoom de overige endocriene activiteit van de hypofyse wordt weggenomen.” Uit de volgende zin blijkt, dat men waarschijnlijk doelt op een hypofysectomie. Er zijn in de laatste jaren diverse publikaties verschenen over de transnasale micro-adenomectomie, waarbij, volgens de oorspronkelijk reeds in 1969 door HARDY aangegeven methode, het micro-adenoom selectief onder het operatiemicroscop verwijderd kan worden en waarbij de functie van de klier tot in 90% van de gevallen volledig behouden blijft (HARDY e.a. 1978; TINDALL e.a. 1978; WILSON en DEMPSEY 1978; DEROME e.a. 1979; POST e.a. 1979; ZERVAS en MARTIN 1980).

Voor de in de klinische les beschreven, reeds zwangere patiënte met gezichtsvelduitval zou een computertomogram van de schedel te overwegen zijn geweest. Dat het bij een onverhoopt noodzakelijke neurochirurgische ingreep op een hypofysectomie zou zijn uitgelopen, lijkt ons allerm minst zeker. Wij kunnen ons met de gevolgde beleidslinje verenigen, doch zouden er de nadruk op willen leggen dat het hier een uitzonderingssituatie betrof, te weten een anatomisch niet aangetoond prolactinoom met verschijnselen van expansie in een zwangerschap.

Bij een hyperprolactinemie en een röntgenologisch normale sella verdient behandeling met bromocriptine (Parlodol) de voorkeur. Bij verhoogde prolactinespiegels en een asymmetrische sella is een micro-chirurgische behandeling geïndiceerd, vooral als zwangerschap gewenst is, omdat er gedurende de graviditeit een reëel gevaar bestaat voor een snelle toename in grootte van het adenoom. Hierop werd reeds eerder in dit tijdschrift gewezen.

Micro-chirurgische adenomectomie leidt bij ca. driekwart van de geopereerde vrouwelijke patiënten tot een terugkeer van de mens en bij meer dan de helft tot een normale vruchtbaarheid zonder verdere medicatie. Weliswaar keert niet altijd het prolactine-gehalte terug tot normale waarden, doch desgewenst geeft aanvullende behandeling met bromocriptine in dat geval meestal voldoende effect. Nabestraling wordt bij micro-prolactinomen niet aanbevolen. Bij grotere prolactinomen behoudt postoperatieve bestraling haar waarde. Ook micro-adenomen in het kader van acromegalie, morbus Cushing en het syndroom van Nelson kunnen op deze wijze effectief behandeld worden (o.a. WILSON en DEMPSEY 1978; LAWS e.a. 1979). Grotere hypofysetumoren, mits niet invasief van karakter of sterk asymmetrisch, kunnen langs transnasale weg met minimale belasting voor de patiënt worden verwijderd. Een bespreking van verdere indicaties tot deze ingreep bijv. bij voortgeschreden gemetastaseerd mamma- en prostaatcarcinoom (TINDALL e.a. 1979; KÜNIG en

BRANDT 1980), bij het „empty sella”-syndroom en traumatische liquorroef (GARCÍA URÍA e.a. 1979) valt buiten dit kader.

*Literatuur:* DEROME, P. J. e.a. (1979) *Nouv. Presse méd.* 8, 577. – GARCÍA URÍA, J. e.a. (1979) *J. Neurosurg.* 50, 466. – HARDY, J. (1969) *Clin. Neurosurg.* 16, 185. – HARDY, J. e.a. (1978) In: C. ROBYN en M. HARTER, *Progress in prolactin physiology en pathology*, bl. 361. Elsevier, Amsterdam. – KÜNIG, H. J. en M. BRANDT (1980) *Neurochirurgia* 23, 7. – LAWS, E. R. e.a. (1979) *J. Neurosurg.* 50, 454. – LEUSDEN, H. A. I. M. VAN en D. BOOIJ (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 97. – POST, K. D. e.a. (1979) *J. Amer. med. Ass.* 242, 158. – TINDALL, G. T. e.a. (1978) *J. Neurosurg.* 48, 849. – TINDALL, G. T. e.a. (1979) *J. Neurosurg.* 50, 275. – WILSON, C. B. en L. C. DEMPSEY (1978) *J. Neurosurg.* 48, 13.

Zwolle, februari 1980

P. W. GELDERMAN  
H. B. RETHMEIER  
B. N. REYDON

Wezenlijk in de opmerkingen van collega GELDERMAN e.a. is dat het afwachtend beleid bij onze patiënte juist is geweest. Wordt onverhoopt operatief ingrijpen noodzakelijk, dan is transnasale micro-adenomectomie de aangewezen weg. Weliswaar kan ook dan in ongeveer 10% van de gevallen de functie van de klier niet volledig behouden

blijven. Vandaar dat wij schreven: „... de consequentie van de neurochirurgische ingreep zou immers levenslange substitutie kunnen inhouden omdat niet steeds te vermijden is dat met het prolactinoom de overige endocriene activiteit van de hypofyse wordt weggenomen.” In principe zal men bij zwangeren röntgenologisch onderzoek wegens de stralenbelasting indien enigszins mogelijk vermijden. Dit geldt zeker ook voor de (overigens in 1976 nog nauwelijks en vogue) computertomografie.

Overigens zouden wij met nadruk willen wijzen op een ontwikkeling die gaande is op het gebied van het prolactinoom. Zeer recente publikaties wijzen er op dat bromocriptine (Parlodel) zelfs de regressie van prolactinomen met röntgenologisch aantoonbare afwijkingen kan bewerkstelligen (Mc GREGOR e.a. 1979; LANDOLT e.a. 1979; REICHLIN 1979). „So striking was the effect of treatment these workers tentatively advance the suggestion that bromocriptine should be considered even before operation or x-radiation is carried out” (REICHLIN 1979).

*Literatuur:* Mc GREGOR, A. M., M. F. SCANLON, R. HALL e.a. (1979) *Brit. med. J.* II, 700. – LANDOLT, A. M., R. WUTHRICH en H. FELLMAN (1979) *Lancet* I, 1082. – REICHLIN, S. (1979) *New Engl. J. Med.* 300, 313.

Arnhem, maart 1980

H. A. I. M. VAN LEUSDEN  
D. BOOIJ

## BERICHTEN

### Buitenland

#### BELGIË

*Naloxon bij alcoholcoma.* – In deze rubriek werd eerder melding gemaakt van de invloed van de morfine-antagonist naloxon op de alcoholintoxicatie (*Ned. T. Geneesk.* (1980) 124, 167). P. REDING en A. CORNIL van het Universiteitsziekenhuis te Brussel beschrijven (*Nouv. Presse méd.* (1980) 9, 1038) twee patiënten die na 2 intraveneuze injecties van 0,4 mg naloxon met een interval van 15 minuten op een verbazingwekkende wijze uit een diep alcoholcoma ontwaakten. Bij een van hen bedroeg het alcoholgehalte van het bloed 2,8 g/l en stond men wegens stokkende ademhaling op het punt om intubatie en kunstmatige ventilatie toe te passen. Bij de andere patiënt, die een hoofd-wond had en bij wie men met de mogelijkheid van een subduraal hematoom rekening moest houden, kon door het snelle herstel na de intraveneuze naloxontoediening deze mogelijkheid als onwaarschijnlijk worden verworpen.

#### GROOT-BRITANNIË

*Levert de publieke telefoon besmettingsgevaar op?* – Bij het overhandigen van de telefoonhaak ziet men nogal eens dat even een poetsende beweging wordt uitgevoerd. Deze maatregel heeft behalve een esthetisch ook nog een hygiënisch doel en wel het voorkomen van de besmetting van de aanpakker. Ernstiger zou het gevaar kunnen zijn bij de publieke telefoon waarbij men minder scrupuleus met het materiaal pleegt om te gaan. Naar aanleiding van een enigszins alarmerend kranteartikel geeft D. A. WHITE, bedrijfsarts bij de posterijen in Edinburgh, een overzicht van een onderzoek. (*Brit. med. J.* (1980) I, 696.) Kennelijk

heeft men zich allang met dit probleem beziggehouden, want reeds in 1905 bericht de medical officer of health van de city of London „that there is no real risk in the use of the telephone at public call offices”.

Bij een uitvoerig onderzoek van R. E. D. WILLIAMS, in 1954 gepubliceerd door het Ministry of Health, werden van 153 publieke telefoons het mond- en het oorstuk onderzocht. Hij vond als enige pathogene bacterie *Staphylococcus aureus* en wel in dezelfde frequentie als voorkomend in de neus en huid van gezonde mensen, en bovendien een aantal niet-pathogene bacteriën. Hij toonde aan dat stafylokokken en streptokokken enkele dagen op een telefoon konden blijven leven, maar ook dat ze eenmaal erop gebracht, moeilijk te verwijderen waren. Daarbij valt nog op te merken dat de besmetting van de onbeschadigde huid niet gemakkelijk tot infectie daarvan leidt. Over de mogelijkheid van de overdracht van virussen door de telefoon is geen onderzoek verricht; wel acht men de levensduur van virussen op dergelijk materiaal korter dan die van bacteriën. Ontsmetting van telefoons heeft volgens de schrijver geen zin. Bij een in het artikel geciteerd onderzoek is gebleken dat de besmettingsgraad van de telefoon op de dag voor en op de dag na de wekelijkse ontsmetting door een reinigingsbedrijf geen duidelijk verschil aantoonde. Overigens is het minder van belang of er bacteriën op telefoons voorkomen dan wel of er infecties door kunnen ontstaan; hoewel dat moeilijk is vast te stellen is hier nooit iets van gebleken. De schrijver merkt op dat in het dagelijkse leven zoveel handelingen worden verricht waardoor besmetting kan worden overgebracht, zoals het aanraken van deurknoppen en materialen in toiletten, in cafés e.d. en niet te vergeten het handgeven, dat men zich over de telefoon niet al te druk hoeft te maken.