

aangezien op die leeftijd de hormonale produktie te verwaarlozen is. Onder deze leeftijd zou men bij 700 vrouwen de ovaria profylactisch moeten verwijderen ten einde één geval van ovariumcarcinoom te voorkomen.

Literatuur: COUNSELLER, V. S., W. HUNT en F. H. HAIGLER (1955) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 69, 538. – CROSEN, R. (1947) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 54, 179. – FUNT, M. I. en B. B. BENIGNO (1977) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 129, 251. – KOFLER, E. (1972) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 32, 873. – NETTER, A. en H. YANEVA (1956) *Physiologie de la ménopause.* (Assises franç. Gynéc. Nice). – RANDALL, C. L. en D. W. HALL (1962) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 84, 1233. – REIFFENSTUHL, G. (1971) *Öster. Bayr. Ges. Gynäk. Geburtsh.* 11, 6. – SCHWEPPE, K. W. en F. K. BELLER (1979) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 39, 1024. – TERZ, J. J. en H. R. BARBER (1967) *Amer. J. Surg.* 113, 511. – WAGENBICHLER, P., L. FRAUENDORFFER en H. HAVELEC (1972) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 32, 882.

P. G. HART

Kindergeneeskunde

Pathogenese en prognose van het syndroom van Reye

Door de beschrijving van REYE c.s. (1963) is de combinatie bekend geworden van leverfunctiestoornissen met neurologische afwijkingen bij jonge kinderen na het doormaken van influenza. In aansluiting op ziekteverschijnselen die doen denken aan griep gaan de patiënten hevig braken, hetgeen wordt gevolgd door o.a. gedragsafwijkingen, bewustzijnsstoornissen en convulsies. Het ammoniakgehalte van het bloed is verhoogd evenals de transaminasewaarden en de protrombinetijd is verlengd. In leverbiopten en bij obductie vond men uitgebreide kleinblazige vetophopingen. Dit naar REYE genoemde syndroom ontstaat vaak na een infectie met influenza B-virus maar is ook gezien na waterpokken. Het wordt in toenemende mate ook waargenomen bij jonge volwassenen. De prognose was ernstig; meer dan de helft van de patiënten overleed na enkele dagen o.a. aan hersenoedeem en bloedingen. Genezing volgde soms met neurologische restverschijnselen maar met volledig herstel van de leverfunctie. Verbetering van de prognose werd de laatste jaren vooral verkregen door zorgvuldige bewaking van de intracranieële druk (KINDT c.s. 1975; Referaat 1976).

Dank zij verbetering van de biochemische diagnostiek is

het inzicht in de pathogenese van het syndroom van Reye verdiept maar er rezen ook nieuwe vragen. Zo werd tot dusver als enige verklaring voor het ontstaan van de hyperammoniëmie gevonden een deficiëntie van de mitochondriale enzymen van de ureumkringloop, namelijk carbamyl-fosfaat-synthetase en ornitine-transcarbamylase (BROWN e.a. 1976; SNODGRASS en DELONG 1976). Deze deficiëntie herstelt zich spontaan, ook bij patiënten die overlijden. Symptomatische behandeling blijkt echter de acute fase te helpen overwinnen zonder blijvende schade. Dit blijkt uit een publikatie van VARMA e.a. (1979) die drie jonge mensen van resp. 16, 19 en 23 jaar behandelden met o.a. wisseltransfusies. Een 18-jarige vrouw overleed aan de gevolgen van hersenoedeem, diabetes insipidus en inklemming van de hersenstam. Volgens VARMA c.s. zouden er meer van dergelijke gevallen bij volwassenen zijn waargenomen dan in de literatuur staan beschreven.

Een ander licht op de pathogenese van de encefalopathie bij het syndroom van Reye werpen NEWMAN e.a. (1979) die bij 12 patiënten een correlatie vonden tussen enerzijds een verhoogd prolactine- en tyraminegehalte in serum resp. plasma en anderzijds de ziekteduur en de ernst van het coma. Alle kinderen herstelden, slechts één met neurologische restverschijnselen. Vier hunner waren niet verder dan het eerste stadium van coma gekomen maar vier anderen verkeerden al in een diep coma. Zij werden behandeld met intraveneuze infusies van hypertone glucose en mannitol onder bewaking van de liquordruk via een catheter in een zijventrikel. Het gehalte aan dopamine en noradrenaline in de liquor bleek sterk verhoogd te zijn. Dit zou kunnen berusten op verdringing van dopamine uit de hypothalamus door tyraminederivaten. Op grond van deze bevindingen geven de schrijvers in overweging lijders aan het syndroom van Reye met hyperprolactinemie te behandelen met levodopa of bromocriptine.

Literatuur: BROWN, T., G. HUG, L. LANSKY e.a. (1976) *New Engl. J. Med.* 294, 861. – KINDT, G. W., J. WALDMAN, S. KOHL e.a. (1975) *J. Amer. med. Ass.* 231, 822. – NEWMAN, S. L., D. B. CAPLAN, V. M. CAMP e.a. (1979) *Lancet II*, 1097. – Referaat (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 800. – REYE, D. R. K., G. MORGAN en J. BARAL (1963) *Lancet II*, 749. – SNODGRASS, P. J. en G. R. DELONG (1976) *New Engl. J. Med.* 294, 855. – VARMA, R. R., D. R. RIEDEL, R. A. KOMOROWSKI e.a. (1979) *J. Amer. med. Ass.* 242, 1373.

F. KUIPERS

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

De frequentie van gynaecologisch onderzoek bij pilcontrole

WIBAUT (1979, 1980) en KREMER (1980) zijn het er over eens, dat verschil gemaakt moet worden tussen pilcontrole bij de huisarts en bij de gynaecoloog. Als huisarts wil ik hiertegen ernstig bezwaar maken om de volgende redenen:

1. Ik ben van mening dat gezonde mensen niet bij een specialist „op controle” behoren te komen.

2. Wanneer de gynaecoloog bij pilcontrole wel en de huisarts geen inwendig onderzoek zou verrichten, zullen

veel vrouwen gaan denken, dat zij bij de gynaecoloog voor pilcontrole beter uit zijn.

3. Dergelijke „controles” worden des te verwerpelijker, wanneer de rekening ervan aan de ziektekostenverzekeraar of aan het ziekenfonds (en derhalve aan de gemeenschap) wordt gepresenteerd.

4. Het argument van de grotere ervaring (van de gynaecoloog) kan ook in tegenovergestelde zin worden gebruikt, omdat, als gynaecologisch onderzoek bij pilcontrole zinvol is, de huisarts dan juist de gelegenheid krijgt om meer ervaring op te doen c.q. zijn ervaring bij te houden.

Het zou mijns inziens een goede zaak zijn, wanneer het

Nederlandse Huisartsen Genootschap en de Nederlandse Gynaecologen Vereniging een gezamenlijk standpunt over de pilcontrole zouden bepalen. Het heldere en originele artikel van MEIJMAN (1980) over de pilcontrole zou een goed uitgangspunt voor dat gesprek kunnen zijn. De gezamenlijk op te stellen richtlijnen zouden dan gelijkelijk voor beide partijen moeten gelden.

Literatuur: KREMER, J. (1980) *Ned.T.Geneesk.* 124, 364. – MEIJMAN, F. (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 92. – WIBAUT, F. P. (1979) *Ned.T.Geneesk.* 123, 2230; (1980) *Ned.T.Geneesk.* 124, 364.

Wassenaar, maart 1980

J. HULS

De bedoeling van de bijdrage van collega WIBAUT (1979) over wenselijkheid van gynaecologisch onderzoek bij pilcontrole is mij nooit geheel duidelijk geworden. Na de reactie hierop van collega KREMER (1980) moet de conclusie voor de Nederlandse huisartsen echter de volgende zijn: een moderne en goed opgeleide huisarts zal ook ten aanzien van het vrouwelijk deel zijner praktijkpopulatie een maximaal preventief en anticiperend beleid wensen te voeren. De logische consequentie hiervan is, dat hij bij alle vrouwen die zijn spreekkamer bezoeken minstens één gynaecologisch onderzoek per jaar tracht te realiseren.

Bij de systematische realisering van deze attitude zal de factor ervaring spoedig geen problemen meer vormen en juist ook de toekomstige praktijkverkleining geeft hier de mogelijkheid toe.

Literatuur: KREMER, J. (1980) *Ned.T.Geneesk.* 124, 364. – WIBAUT, F. P. (1979) *Ned.T.Geneesk.* 123, 2230.

Vessem, april 1980

P. J. G. VAN DIGGELEN

Het is verheugend te merken dat mijn stukje over de frequentie van gynaecologisch onderzoek bij pilcontrole aanleiding geeft tot discussie waardoor wellicht ook een herwaardering kan ontstaan van het ingesleten patroon van routinematige halfjaarlijkse controle. Mijn motivatie tot schrijven kwam voort uit: (1) de vrij frequente confrontatie met vrouwen die de pil niet wensen te gebruiken omdat ze te zeer opzien tegen het erbij horende gynaecologische onderzoek; (2) het verband dat door het publiek wordt gelegd tussen het gebruik van de pil en de risico's van baarmoederhalskanker en andere gynaecologische afwijkingen. Juist nu onder invloed van de publikaties over (reële) risico's van de pil al zoveel onrust ontstaat is het van belang deze niet te bevorderen door het in stand houden van irreële koppelingen.

Een praeventief beleid waar collega VAN DIGGELEN voor pleit is in het algemeen natuurlijk uitstekend, maar dan wel op basis van vrijwilligheid die net zo goed voor pilgebruikers dient te gelden.

Met collega HULS ben ik van mening dat gezonde mensen over het algemeen niet bij een specialist „op controle” behoren te komen. Als zij dit toch wensen dan ontbreekt er wellicht iets aan de vertrouwensrelatie met hun huisarts. Het gebrek aan vertrouwen in zijn technisch handelen wordt dan veroorzaakt en in stand gehouden door gebrek aan communicatie. De communicatie kan eerder hersteld worden door uitleg en bespreking dan door technische concurrentie met de specialist. Het herstel van vertrouwen zal dan bij de ene vrouw die de pil gebruikt resulteren in een regelmatig uitgevoerd gynaecologisch onderzoek door de

huisarts en bij de andere vrouw in het niet uitvoeren daarvan omdat dokter en patiënt dit overbodig achten. Het ook door collega HULS met instemming aangehaalde artikel van MEIJMAN geeft voor het te voeren beleid in deze aantrekkelijke aanbevelingen.

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat ik geen voorstander ben van stringente richtlijnen of afspraken tussen huisartsen en gynaecologen (resp. hun verenigingen) over pilcontrole. De begeleiding van anti-conceptie dient in de eerste plaats individueel en „client-centered” te zijn.

Amsterdam, april 1980

F. P. WIBAUT

Transsectie van de blaas; een methode ter behandeling van enuresis nocturna bij volwassenen

Het artikel over transsectie van de blaas (JANKNEGT 1980) is voor ons aanleiding tot de volgende opmerkingen.

1. In de inleiding van zijn artikel geeft JANKNEGT de rechtvaardiging van zijn behandelingsmethode, waar hij onder andere verwijzend naar FORSYTHE en REDMOND (1974) opmerkt dat enuresis nocturna na het 16e levensjaar in het algemeen niet meer spontaan verdwijnt. Zorgvuldige lezing van dit artikel leert echter dat „between 15 and 19 years the average annual spontaneous cure rate for two of the series was 22% if Barbour's series is excluded, and 31% if it is included, our figure being 16%”. Uit dat artikel blijkt verder dat de spontane genezing zich, weliswaar in mindere mate, voortzet na het 20e jaar. Blijkens de anamnese van 400 ouders van kinderen met enuresis nocturna hadden 15 van deze ouders ook na de 16-jarige leeftijd nog enuresis nocturna gehad; op 28-jarige leeftijd was nog slechts één van hen hiervan niet genezen (DE JONGE 1969).

2. De mededeling dat de patiënten „uiteraard uitgebreid urologisch waren onderzocht” wekt enige bevreemding. Het nut van een uitgebreid urologisch onderzoek bij patiënten met enuresis nocturna is nimmer aangetoond.

3. De opmerkingen (a) dat het behandelingsresultaat in de groep „enuretisch syndroom” slechter zou zijn dan in de groep „enuresis nocturna” en (b) dat de tabel duidelijk toont dat de patiënten met veel urodynamische afwijkingen over het algemeen de slechtste resultaten boekten, en dat de patiënten die preoperatief geen of geringe urodynamische afwijkingen hadden het beste op de ingreep hadden gereageerd, missen statistisch elke grond. Er zal meer onderzoek nodig zijn om het nut van de blaas-transsectie bij bepaalde vormen van enuresis nocturna bij bepaalde groepen van patiënten aannemelijk te maken.

Literatuur: FORSYTHE, W. I. en A. REDMOND (1974) *Arch. Dis. Child.* 49, 259. – JANKNEGT, R. A. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 387. – JONGE, G. A. DE (1969) *Kinderen met enuresis*. Proefschrift Utrecht.

Meppel, maart 1980
Leiden,

I. M. BALDEW
G. A. DE JONGE

Er is waarschijnlijk een urologische transsectie van het medisch denken nodig om tot gelijke conclusies te komen als collega JANKNEGT met betrekking tot de behandeling van enuresis nocturna (JANKNEGT 1980). Naar analogie van de door hem gepropageerde methode zou men persisterend slaapwandelen moeten behandelen met transsectie van de