

daarbij vrijwel altijd een veel liberalere gedragslijn was gevolgd, dan de strikte regels die wij hierboven hebben beschreven. In een aantal gevallen constateerden wij namelijk als afwijkingen van de regel het volgende: Een overschrijding van de maximumdosis metrizamide met 100%, punctie bij een zittende patiënt, het gedurende de myelografie laten lopen van de patiënt van Buckscherm naar onderzoektafel, het na de myelografie laten wandelen van de patiënt naar zijn bed, de patiënt toestaan rond te lopen als hij dat graag wil, de patiënt 6 uur na het onderzoek naar huis laten gaan, enz. Deze gang van zaken is uitdrukkelijk strijdig met de aanwijzingen van de fabrikant op de bijsluiter van metrizamide.

De neuroradioloog bezit in metrizamide een uitstekend en naar onze ervaring weinig toxisch con-

trastmiddel voor myelografie, dat precisiediagnostiek heeft mogelijk gemaakt over het gehele medullaire traject. Het is zaak een dergelijk middel voor de diagnostiek te behouden. Daartoe dienen gebruikers het op zodanige wijze toe te passen dat een optimaal resultaat is verzekerd met de minst mogelijke last en risico voor de patiënt. Niet zonder reden zal men mogen afwijken van de, op talrijke gegevens gebaseerde, aanwijzingen op de bijsluiter.

LITERATUUR

WEERDT, C. J. DE en M. A. P. C. VAN DE POLL (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1783.

April 1980

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Een IUD zonder teugel van onbekend type

J. B. TRIMBOS EN C. D. VAN DER DOES

Op onze polikliniek meldde zich onlangs een 24-jarige Vietnamese bootvluchteling met het verzoek bij haar het IUD te verwijderen, dat kort geleden in Ho Tsji Min-Ville was ingebracht. Zij was nullipara. De huisarts had geen touwtje uit het ostium cervicis uteri zien hangen en liet, nadat zwangerschap was uitgesloten, een röntgenfoto van het kleine bekken maken (fig. 1). Hierop was inderdaad een niet nader te identificeren IUD zichtbaar.

Bij gynaecologisch onderzoek vonden wij geen bijzonderheden. De uterus was van normale grootte en lag in mobiele anteflexie; de portio was gaaf. Terzijde en in het cavum Douglasi werden geen afwijkingen gevoeld. Met het door WIBAUT (1978) in dit tijdschrift beschreven haakje werd getracht het IUD te verwijderen. Dit lukte niet, maar bij het intra-uterien aftasten ermee leek het alsof het IUD zich in het cavum uteri bevond.

Besloten werd onder narcose curettage te verrichten en zo te trachten het IUD te verwijderen. Dit gelukte met enige moeite en wij zagen een ons onbekende type IUD (fig. 2).

Het is niet onmogelijk dat meer Vietnamese vrouwen in Nederland met een dergelijk IUD zullen worden gezien. Volgens onze patiënte bevat dit type

IUD geen touwtje voor verwijdering. Bij inspectie van het IUD konden voor dergelijke touwtjes ook nergens „aanknopingspunten” worden gevonden.

Hoewel wij er niet in slaagden, lijkt verwijdering met behulp van het door Wibaut beschreven haakje

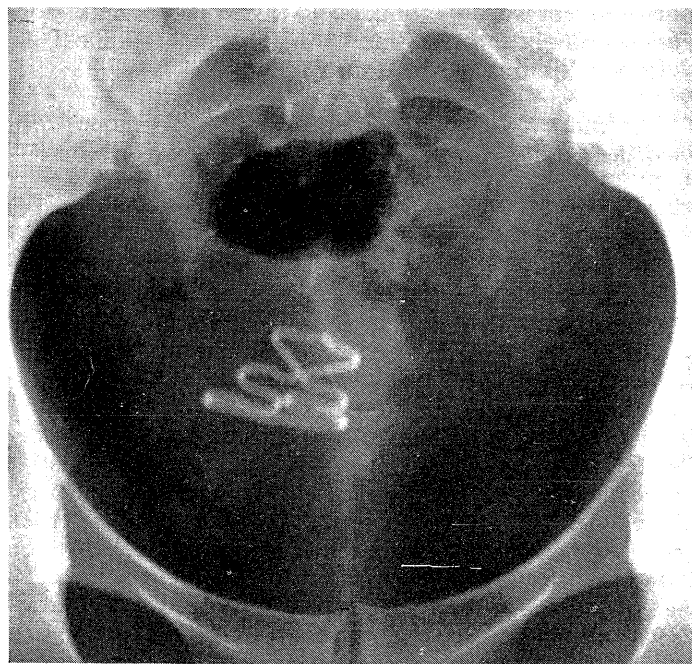


Fig. 1. Voor-achterwaartse opname van het kleine bekken, met daarin een zoekgeraakt IUD van onbekend type.

Afdeling Verloskunde en Gynaecologie, Diaconessenhuis, Leiden.

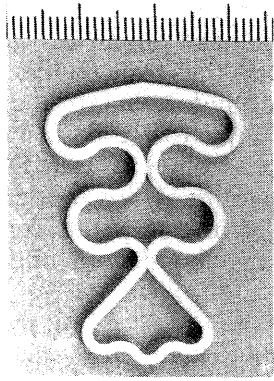


Fig. 2. Het zoekgeraakte IUD van onbekend type.

REFERATEN

Inwendige geneeskunde

Verminderde biologische beschikbaarheid van furosemide bij oedeem

Bij sommige patiënten blijft de uitwerking van diuretica per os beneden de verwachting. Dit kan het gevolg zijn van veranderde farmacokinetica. ODLIND en BEERMANN (1980) bestudeerden een dergelijk geval. Het betrof een 42-jarige vrouw met ernstig idiopathisch oedeem. Orale toediening van 250 tot 500 mg furosemide werkte bij haar nauwelijks diuretisch terwijl 40 mg intraveneus een sterke diurese veroorzaakte. Tijdens een periode met ernstige oedemen en tijdens één zonder oedeem werd het effect van 80 mg furosemide per os en van 80 mg intraveneus op steeds twee achtereenvolgende dagen vergeleken. Het meest opvallend was dat de biologische beschikbaarheid van furosemide per os tijdens oedeem slechts 17,3% en zonder oedeem 74,7% bedroeg. De diurese was tijdens oedeem na orale toediening 2000 ml per etmaal en na een intraveneuze gift 7000 ml. De lage biologische beschikbaarheid van het middel per os tijdens oedeem wordt verondersteld te zijn veroorzaakt door een verminderde opname uit het maagdarmkanaal dat vermoedelijk ook oedemateus was.

Literatuur: ODLIND, B. G. en B. BEERMANN (1980) *Brit. med. J. I*, 1577.

J. GEERLING

Toxicologie

Behandeling van paracetamolvergiftiging met N-acetylcysteïne intraveneus

PRESCOTT e.a. (1979) onderzochten retrospectief de behandelingsresultaten bij 217 patiënten met een ernstige paracetamolintoxicatie, waarvan 57 in de jaren 1969-1973 uitsluitend symptomatisch waren behandeld omdat er toen nog geen specifieke therapie bekend was. Tussen 1973 en 1976 werden de sulphydrolypreparaten cysteamine en L-methionine toegepast bij 40 resp. 20 patiënten. In de periode van december 1976 tot mei 1979 tenslotte kregen 100 patiënten intraveneus N-acetylcysteïne toegediend in een dosering van 150 mg/kg, opgelost in 200 ml 5% glucose gedurende 4 uur, gevolgd door 100 mg/kg in 1 liter 5%

de meest aangewezen methode om een IUD uit het cavum uteri te verwijderen. Mocht verwijdering op deze manier niet lukken, dan kan alsnog worden overgegaan tot curettage of – als men beschikt over de juiste apparatuur en voldoende vaardigheid – tot verwijdering met behulp van de hysteroscoop (WAMSTEKER 1977).

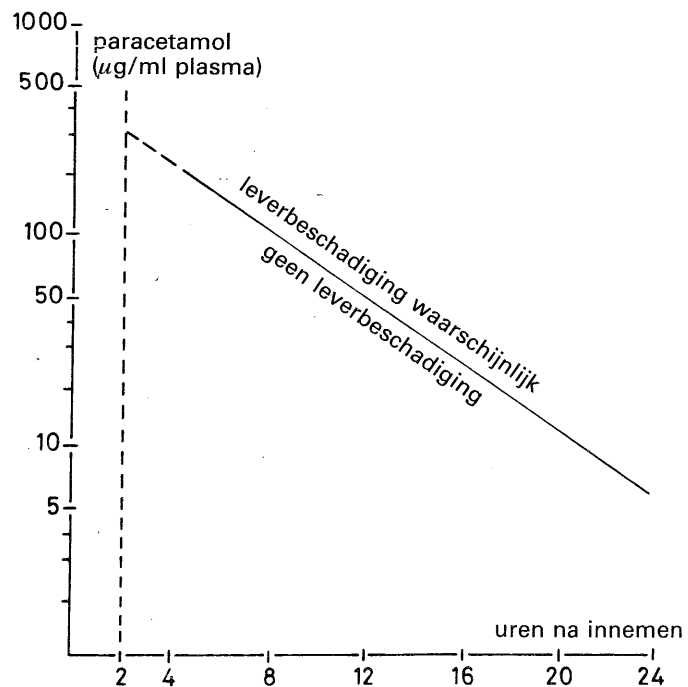
LITERATUUR

WAMSTEKER, K. (1977) *Hysteroscopie*. Proefschrift Leiden.
WIBAUT, F. P. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 911.

Januari 1980

glucose in de loop van 16 uur. De ernst van de intoxicatie werd mede beoordeeld op grond van het nomogram van RUMACK en MATTHEW (1975) waarin het paracetamolgehalte van het plasma is uitgezet tegen de tijd na het innemen van de toxische dosis.

Bij 62 patiënten kon de intraveneuze toediening van acetylcysteïne beginnen binnen 10 uur na het innemen van de paracetamol; slechts 1 van hen kreeg een ernstige leverafwijking. Dit in tegenstelling tot 33 van de 57 die uitsluitend symptomatisch waren behandeld. Begon de acetylcysteïne-toediening pas 10-24 uur na de ingestie van paracetamol, dan ontstonden ernstige leverafwijkingen bij 20 van de 35 patiënten, even vaak als na alleen symptomatische behandeling. Cysteamine en methionine, oraal toegediend binnen 10 uur, hadden eveneens een gunstige werking; ook hierna zagen de schrijvers geen dodelijke levernecrose en geen nierafwijkingen ontstaan. Maar bij patiënten met een zeer ernstige intoxicatie steeg het SGPT-gehalte na gebruik van deze stoffen veel sterker dan na behandeling met ace-



Nomogram ter beoordeling van acute paracetamol-overdosering (naar RUMACK en MATTHEW 1975).