

TABEL 2
HISTOLOGICAL DIAGNOSES ON RENAL AND LIVER BIOPSY SPECIMENS IN CASES OF HEPATITIS B ASSOCIATED GLOMERULONEPHRITIS WITH GLOMERULAR HBsAg CONTAINING DEPOSITIONS DEMONSTRATED BY IF

Author	Renal biopsy specimen	No of cases	Liver biopsy specimen	No of cases
COMBES e.a. (1971)	membranous GN	1	AcH (→ CPH?)	1
NOWOSLAWSKI e.a. (1972)	membranous GN	4	CAH	3
			„fulminant hepatitis”	1
MYERS e.a. (1973)	membranoproliferative GN	1	CAH (+ cirrh.)	1
KNIESER e.a. (1974)	membranoproliferative GN	1		
	membranous GN	1	CAH	3
	focal glomerulosclerosis	1		
KOHLER e.a. (1974)	membranous GN	1	CAH	1
McINTOSH e.a. (1976)	membranous GN	3	not reported	
BRZOSKO e.a. (1974)	membranoproliferative GN	12		
	membranous GN	2	not reported	
	endocapillary GN	2		
	extracapillary GN	2		

In dit verband is het niet juist te vermelden dat glomerulonephritis bij „chronische dragers” wordt aangetroffen.

Terecht maken schrijvers melding van het feit, dat HBsAg nooit in extrahepatisch weefsel werd aangetoond bij het op serumziekte lijkende ziektebeeld. Derhalve werd destijds reeds de mogelijkheid geopperd, dat andere met hepatitis B-geassocieerde antigenen dan HBsAg (wellicht HBcAg?) hiervoor verantwoordelijk zijn.

De schrijvers stellen dat primair in het pathogenetische proces is de neerslag van immuuncomplexen in de vaatwand. Wellicht is het juist, de vorming van (pathogene) immuuncomplexen primair te stellen. Waar deze complexen gevormd worden is (althans mij) niet bekend. Wel werd destijds door ons een hypothese opgesteld, dat dit wellicht plaatsvindt op de celmembraan van hepatocyten die „bekleed” zijn met HBsAg, zoals juist bij chronisch actieve hepatitis wordt gevonden. Dit kan de verklaring bieden voor enerzijds het voortschrijdende levercelverval bij deze patiënten en anderzijds zouden door „loslaten” van de celmembraan de complexen in de circulatie kunnen komen. Voor zover mij bekend, werd voor het eerst in Rotterdam aangetoond dat granyocyten inderdaad (en waarschijnlijk in het circulerende bloed) immuuncomplexen van HBsAg en anti-HBs (kunnen) fagocyteren. Ook van de Kupffercellen in de lever is reeds lange tijd bekend dat zij immuuncomplexen fagocyteren. Pas als deze eliminatie te kort schiet zou (volgens onze hypothese) extrahepatische complexdepositie, resulterende in systeemafwijkingen, optreden.

Literatuur: JONGEDIJK-BRØNDSTED, H., M. A. HAGE en F. E. NOMMENSEN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1239. – STEFFELAAR, J. W. (1977) *Immune complex detection by immunofluorescence on polymorphonuclear leucocytes*. Proefschrift Rotterdam.

Zwolle, augustus 1980

J. W. STEFFELAAR

Een eventuele relatie tussen kliniek en histologie van de leveraandoening enerzijds en het „type extrahepatische afwijkingen” anderzijds, hebben wij, omdat de ons beschikbare literatuurgegevens daarover aan duidelijkheid veel te wensen overlieten, buiten beschouwing gelaten.

Extrahepatische manifestaties van een hepatitis B-virusinfectie worden soms wel en soms niet bij verschillende vormen van hepatitis aangetroffen. Een directe relatie tussen de extrahepatische manifestaties en de aard van het leverlijden is naar onze mening niet te leggen.

Terecht merkt collega STEFFELAAR op, dat het begrip „drager” in de literatuur wordt gebruikt met een wisselende betekenis. Naar aanleiding van punt 3 uit zijn brief kan worden verwezen naar het artikel van NAGY e.a. (1979). Deze auteurs beschrijven enkele patiënten met glomerulonephritis, HBsAg in het serum en in de glomeruli van de nier, evenwel zonder tekenen van leverlijden. Gedurende een periode van meer dan 4 maanden bleef het HBsAg aantoonbaar bij de helft van het aantal patiënten.

Aanvullende informatie welke een relatie tussen hepatitis B-virusinfectie en ontstaan van het serumziekte-achtige beeld aannemelijk maakt, is gegeven door DIENSTAG e.a. (1978) zoals hier onder de aandacht gebracht wordt door de collegae BERRETTY e.a. (1980).

Literatuur: BERRETTY, P. J. M., H. A. M. NEUMANN en TH. VAN JOOST (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1973. – DIENSTAG, J. R., A. R. RHODES, A. K. BAHN e.a. (1978) *Ann. intern. Med.* 89, 34. – NAGY, S., BAJTAI, BRASCA e.a. (1979) *Clin. Nephrol.* 12, No 3, 109.

Rotterdam, oktober 1980

H. JONGEDIJK-BRØNDSTED

Onderzoek naar achtergronden van slaapstoornissen bij jonge kinderen

De conclusies van DE MONCHY en KAPPERS (1980) blijken door vele brieven-schrijvers te zijn opgevat als rechtvaardiging voor een strak en stevig optreden in de opvoeding. Kennelijk hebben DE MONCHY en KAPPERS kunnen aantonen wat vele andere wetenschappers niet is gelukt. En dat maakt mensen nieuwsgierig, zeker sociale wetenschappers die werkzaam zijn op het terrein van de pedagogiek.

De auteurs vatten de resultaten van hun onderzoek als volgt samen: „Relatiestoornissen zijn een belangrijke oorzaak van de slaapstoornissen (...). Bij alle gezinnen bestond gebrek aan leiding en initiatief van de ouders en

angst bij het kind, zich uitend in schijnzelfstandigheid. Bij de helft van het aantal ouders droeg een bewust anti-autoritair opvoedingsmethode in wisselende mate bij tot het ontstaan van de onhoudbare toestand." Dit zijn uitspraken die er niet om liegen.

Wanneer we het verhaal van beide auteurs aan een kritische beschouwing onderwerpen, kunnen wij slechts tot de conclusie komen dat de resultaten de gedane uitspraak alderminst rechtvaardigen. Dat geldt voor de conclusies zoals die geformuleerd zijn in het betreffende artikel, maar zeker ook voor de berichtgeving zoals die door de pers in ruime mate is verspreid.

Wat is het geval? Een aantal kinderen werd bij DE MONCHY aangemeld met slaapproblemen. Hij raakte onder de indruk van de ernst van de problemen, te meer daar er in de literatuur naar zijn inzicht in nogal bagatelliserende zin over geschreven wordt. Hij ging zich afvragen wat de oorzaken van deze problemen zouden kunnen zijn. Tot zover verloopt alles nog, zoals dat bij een (goed) wetenschappelijk onderzoek gebruikelijk is. De meeste vraagstellingen van onderzoek komen immers voort uit betrokkenheid met het onderwerp van onderzoek.

Ook de tweede stap verloopt nog conform de gangbare procedure bij een onderzoek. Hij is gaan reflecteren over het voorliggende probleem en ontwikkelde een theorie ter verklaring, waarschijnlijk gebaseerd op wat hij in de literatuur daarover aantrof en wat hij in zijn opleiding daaromtrent heeft meegekregen. De theorie luidt: „Het blijkt dat de stoornis vaak is terug te voeren op oorzaken in de vroege voorgeschiedenis." Met name stoornissen in de ontwikkeling van de basic trust zouden tot dit soort problemen leiden.

Als indicatoren voor die stoornissen in de ontwikkeling worden o.m. genoemd: het opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis gedurende het eerste levensjaar; het als baby veel en lang huilen en het inadequaat reageren van de ouders daarop; het geboren worden na een ongewenste zwangerschap; het hebben van ouders met een slechte huwelijksrelatie (gedurende het eerste levensjaar van het kind); lichamenlijk en geestelijk (affectief?) verwaarloosd zijn, hetgeen af te leiden zou zijn uit de sterk anders gerichte pre-occupatie van de moeder en de onvoldoende gewichtstoename van het kind zonder duidelijke aanleiding daarvoor.

De auteurs gaan er kennelijk vanuit dat deze kenmerken bij hun onderzoeksgroep vaker voorkomen dan bij andere kinderen. De resultaten betreffende de ontwikkelingsinterferenties zijn de volgende: (1) 4 kinderen (van de 25) hebben gedurende lange tijd in het eerste levensjaar de vaste verzorg(st)er moeten missen door opnemingen in een ziekenhuis (16%). (2) 10 kinderen hebben als baby zeer veel en langdurig gehuild („zeggen de ouders nu") (40%). (3) 2 kinderen werden geboren na een ongewenste zwangerschap (8%). (4) 3 kinderen hebben in het eerste levensjaar de invloed ondergaan van een slechte huwelijksrelatie tussen de ouders (12%). (5) 2 kinderen zijn lichamenlijk en geestelijk verwaarloosd in hun eerste levensjaar (8%).

Op grond van deze resultaten wordt geconcludeerd dat 19 kinderen reeds in hun eerste levensjaar blootgesteld geweest zijn aan invloeden die een stoornis in de ontwikkeling van de „basic trust" kunnen hebben veroorzaakt. De auteurs laten echter na deze gegevens te vergelijken met gegevens uit een representatieve controlegroep van kinderen zonder ernstige slaapproblemen. Met andere woorden: het is niet uitgesloten dat er tussen kinderen met ernstige slaapproblemen en kinderen zonder (ernstige) slaapproblemen geen statistisch significante (betekenisvolle)

verschillen bestaan op de bovengenoemde punten. Om dit na te gaan hebben wij de onderzoekresultaten vergeleken met andere, vooral CBS-gegevens.

Ad. 1 De ziektecijfers van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) laten bijvoorbeeld zien, dat in 1976 66% van de nuljarigen opgenomen is geweest in een ziekenhuis. Dat was bij 49% in verband met de geboorte; er resteert echter dan nog 17% die om een andere reden is opgenomen. Een nagenoeg gelijk percentage als bij de kinderen met slaapproblemen is gevonden.

Ad. 2. Over het huilen konden wij geen gegevens vinden.

Ad. 3. Volgens het CBS bedroeg in de periode '70-'74 het aantal gedwongen huwelijken (kind geboren voor de 8e huwelijksmaand) 13%. Niet al deze zwangerschappen zijn uiteraard ongewenst; er komen echter ook vele ongewenste zwangerschappen voor bij de „nakomertjes". Volgens VEENHOVEN en VAN DER WOLK (1977) ontstaat ongeveer de helft van alle zwangerschappen onbedoeld. Hij beschrijft een onderzoek van Granacher, die bij een groep Zwitserse vrouwen constateerde dat 40% van hen het ongewenste kind min of meer afwijst. Deze percentages liggen duidelijk hoger dan die genoemd door DE MONCHY en KAPPERS voor hun groep.

Ad. 4. Ten aanzien van de slechte huwelijksrelatie zijn moeilijk harde gegevens te vinden. KOOP (1975) ontdekte in 1967 bij een representatieve groep Nederlanders dat 5% van de huwelijken ernstig problematisch was. Deze huwelijken zijn gekenmerkt door het vrijwel ontbreken van meningsovereenstemming en communicatie tussen man en vrouw. Waarschijnlijk verstaan DE MONCHY en KAPPERS onder een slechte huwelijksrelatie echter ook minder ernstige situaties. Ook is het aantal echtscheidingen wellicht een indicator voor slechte huwelijksrelaties. FRINKING (1975) geeft als prognose aan dat vroeg of laat één op de vier huwelijken wordt ontbonden. In de Angelsaksische landen was in 1972 het scheidingspercentage al boven de 30.

Ad. 5. Over de lichamenlijke en geestelijke verwaarlozing zijn eveneens geen harde cijfers te vinden. Het gaat in het onderzoek overigens ook om maar twee kinderen; waarbij tevens kan worden afgevraagd in hoeverre een anders gerichte pre-occupatie van de moeder en een onvoldoende gewichtstoename (zonder aanwijsbare redenen) als indicatoren voor verwaarlozing mogen worden beschouwd.

Voor zover wij het hebben kunnen nagaan, valt uit de betreffende literatuur te concluderen dat de resultaten van het onderzoek onder de kinderen met ernstige slaapproblemen m.b.t. de genoemde indicatoren niet verschillen van representatieve groepen van kinderen zonder ernstige slaapproblemen. En als er verschillen waren, laten die de tendens zien dat de percentages gevonden bij kinderen met ernstige slaapproblemen juist lager zijn. Het gaat dus zeker te ver om, zoals de auteurs doen, van een causale samenhang te spreken.

Om van een causale samenhang te kunnen spreken moet aan een drietal voorwaarde voldaan zijn (SWANBORN 1971):

1. Het gevolg (i.c. ernstige slaapproblemen) mag niet vooraf gaan aan de oorzaak (i.c. relatiestoornissen). Formeel is aan deze voorwaarde voldaan.

2. Tussen oorzaak en gevolg moet een statistische samenhang bestaan. Dat impliceert in dit verband dat bij zeer ernstige slaapproblemen er in grotere mate sprake moet zijn van bijv. lichamenlijke en geestelijke verwaarlozing dan bij minder ernstige slaapproblemen. Bij nadere analyse blijkt dit (voor het aspect ontwikkelingsinterferenties) al niet op te gaan.

3. De samenhang tussen oorzaak en gevolg mag niet veroorzaakt worden door een derde factor, of door combinaties van derde factoren. Deze kunnen in de tijd aan oorzaak en gevolg voorafgaan en directe oorzaak zijn van zowel relatiestoornissen als slaapstoornissen.

Het zal duidelijk zijn dat deze derde voorwaarde verreweg de belangrijkste is. Een bekend voorbeeld in dit verband is de (vermeende) samenhang tussen het aantal geboorten en het aantal ooievaars. In gebieden waar minder kinderen geboren worden, blijken (bleken?) ook minder ooievaars aangetroffen te worden. Het is duidelijk dat hier een derde factor in het spel is, nl. de urbanisatiegraad. Op het platteland werden in tegenstelling tot de (grote) stad zowel meer kinderen geboren als meer ooievaars aangetroffen. Met name de derde voorwaarde is een zwak punt in het onderzoek van DE MONCHY en KAPPERS. Het is onzes inziens niet ondenkbaar dat er andere factoren in het spel zijn. De auteurs presenteren althans geen gegevens en systematische analyse daarvan waaruit ondubbelzinnig tot een causale samenhang tussen relatiestoornissen en slaapstoornissen geconcludeerd kan worden.

Als aan de genoemde voorwaarden wel volledig voldaan zou zijn en de theorie van de auteurs juist zou blijken, heeft dat nogal vergaande implicaties voor de opvoedingspraktijk. Zeker daar waar de resultaten een zo voorlopig karakter dragen en nog vele vragen oproepen, dienen auteurs voorzichtig te zijn met het trekken en presenteren van conclusies. Vooral wanneer deze door leken gemakkelijk vertaald kunnen worden in (opvoedkundige) handelingen welke nadelige consequenties kunnen hebben. Bij een dergelijk onderzoek is het o.i. dan ook op zijn minst geïndiceerd om naast een groep kinderen met ernstige slaapstoornissen ook een groep met kinderen zonder ernstige slaapstoornissen en vooral ook zonder (opvoedings)problemen te betrekken. En mogelijk ook nog een groep van kinderen met andere (opvoedings)problemen dan ernstige slaapstoornissen. De verschillende groepen dienen dan wel op andere relevante kenmerken (zoals bijv. leeftijd, geslacht, sociaal-economische achtergrond van de ouders e.d.) gematched te zijn. Op die wijze kan nl. beter bekeken worden in hoeverre er samenhangen bestaan tussen relatiestoornissen en (opvoedings)problemen in het algemeen, en relatiestoornissen en ernstige slaapstoornissen in het bijzonder. Men zou dan de verwachting kunnen formuleren dat er bij de kinderen zonder (opvoedings)problemen en (of) slaapstoornissen geen sprake van relatiestoornissen zou moeten zijn.

Wij zijn het tenslotte van harte eens met de auteurs dat slaapstoornissen bij jonge kinderen a priori niet gebagatelliseerd moeten worden. Het al te snel en gemakkelijk voorschrijven van slaapmiddelen kan als onverstandig beschouwd worden en als „kurieren am Symptom”. Dat men dan op zoek gaat naar de oorzaak van ernstige slaapstoornissen is een goede zaak en een loffelijk streven. Of dat echter dient te gebeuren op een wijze zoals DE MONCHY en KAPPERS dat gedaan hebben valt te betwijfelen.

Literatuur: Centraal Bureau voor de Statistiek (1977) *Maandstatistiek Bevolk. Volksgezondh.* 25. – FRINKING, G. A. B. (1975) *Demografie* (NIDI), nr. 14. – KOOY, G. A. (1975) *Seksualiteit, huwelijk en gezin*. Deventer. – MONCHY, C. DE en M. J. KAPPERS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 264. – SWANBORN, P. G. (1971) *Aspecten van sociologisch onderzoek*. Boom, Meppel. – VEENHOVEN, R. en E. VAN DER WOLK (1977) *Kiezen voor kinderen?* Amsterdam.

Utrecht, april 1980

D. B. BAARDA
M. P. M. DE GOEDE

Chemische sympathectomie

Het artikel van de collegae SIER, ZUURMOND en DEEN (1980) heb ik met veel belangstelling gelezen. Ik vind het van groot belang, dat de aandacht nog eens gevestigd wordt op deze waardevolle methode. Het is dan ook met tegenzin dat ik enige woorden van kritiek laat horen, maar ik meen dat deze kritiek belangrijk is voor collegae die de methode eventueel willen gaan toepassen.

Het eerste punt van kritiek betreft de gevolgde techniek. Welke benadering men ook volgt, de punt van de naald zal terecht moeten komen waar deze hoort: in de sympathische grensstreng. Deze ligt anterolateraal van de wervelkolom. Uit de gepubliceerde röntgenfoto's blijkt duidelijk, dat dit niet het geval is. De punt van de naald ligt lateraal van de wervelkolom, en voor zover de dwarse opname te beoordelen is, te ver naar achteren. Het resultaat van de injectie verbaast dan ook niet. De verdeling van het röntgencontrast is geheel kenmerkend voor een injectie in de psoasloge, en op de plaats waar de grensstreng werkelijk loopt, zie ik geen contrast.

Wie deze techniek wil toepassen bedenke, dat de punt van de naald in voorachterwaartse projectie over de uncovertebrale gewrichten heen, geprojecteerd moet worden en in zijdelingse projectie slechts iets achter de voorrand van de wervels, en dat na inspuiten van contrast een schaduw in het sagittale vlak moet ontstaan, niet één met een schuine begrenzing zoals dat bij injectie van de psoasloge te zien is.

In de tweede plaats zet ik vraagtekens bij de wenselijkheid de antistolling te staken. De auteurs achten dit niet nodig, maar ze beschrijven wel een complicatie bij een met antistolling behandelde patiënt. Ik kan er uit eigen ervaring nog een aan toevoegen. De punt van de naald ligt bij deze ingreep dicht bij grote bloedvaten, en het lijkt mij niet gewenst de ingreep te verrichten onder volledige antistolling.

Ik neem aan dat de resultaten deels geïnterpreteerd moeten worden als die van een injectie van een neurolytische substantie in de psoasloge, zoals die ook wel door sommigen wordt aanbevolen. Het zou overigens interessant zijn iets te vernemen over de duur van de follow-up.

Literatuur: SIER, J. C., W. W. ZUURMOND en L. DEEN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1642.

Amsterdam, september 1980

M. E. SLUIJTER

De kritiek van collega SLUIJTER is ten aanzien van de verkleind afgebeelde röntgenfoto's terecht. Het is moeilijk te constateren dat röntgencontraststof aanwezig is ter plaatse van de sympathische grensstreng doordat de psoasloges zo geprononceerd naar voren komen. De beschreven methode is een infiltratietechniek met behulp van drie naalden waarbij behalve de sympathische grensstreng ook de psoasloges met neurolytische substantie geïnfilteerd kunnen worden. Dit laatste is een gunstige bijkomstigheid en wordt door sommige auteurs als enige procedure aanbevolen ter behandeling van claudicatio intermittens (FELDMAN en YEUNG 1975).

Wat het staken van antistolling betreft, dient afgewogen te worden wat het risico van deze manoeuvre is ten aanzien van de kans op een retroperitoneale bloeding. MOORE (1973) stelt dat het wél mogelijk is om onder anticoagulantietherapie zijn beschreven methode toe te passen en bij eventuele bloeding de stolling te normaliseren, hetgeen