

cardiovasc. Surg. 70, 260. — DIJK, C. VAN EN C. A. WAGEN-  
VOORT (1973) *J. Path. Bact.* 110, 131. — ELBERS, J. R. J.  
(1977) *T. Kindergeneesk.* 45, 224. — SYBRANDY, R. en C.  
VAN DER LIST-NUVER (1978) *Scand. J. thor. cardiovasc.*  
*Surg.* 12, 125.

Utrecht, februari 1981

R. SYBRANDY  
J. R. L. ELBERS

De door de collegae SYBRANDY en ELBERS gegeven aan-  
vulling is zeer zinvol voor degenen die niet op de hoogte  
zijn met het pathologisch-anatomische beeld der C.C.A.M.  
Het is echter onze bedoeling geweest het klinische beeld  
der C.C.A.M. te beschrijven in zijn verschillende facetten.  
Daarbij is van de pathologische anatomie inderdaad alleen  
de slotconclusie verwerkt. Wij hebben niet de behoefte ge-  
voeld hier verder op in te gaan, omdat in de Nederlandse  
literatuur dit door meer ter zake kundigen (VAN WUNNIK  
e.a. 1971; ELBERS 1977) in een niet al te ver verleden is  
gedaan. De bij de door ons beschreven patiënt bij patholo-  
gische anatomie gevonden afwijkingen kunnen daaraan  
feitelijk niets toevoegen.

*Literatuur:* ELBERS, J. R. J. (1977) *T. Kindergeneesk.* 45,  
224. — UNNIK, A. J. M. VAN (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115,  
1531.

Utrecht, februari 1981

B. CATS

### *Kanamycine-dosering bij (sub)acute micro- biële arthritis*

In het artikel van K. A. MEIJERS e.m. (1980) wordt een  
kanamycine-dosering aanbevolen van 25 mg/kg 2 maal  
daags bij normale nierfunctie. Dit lijkt ons een riskant ad-  
vies. Bij een dosering van 7½ mg/kg i.m. voor een patiënt  
met een creatinineklaring van ca. 100 ml/min. vinden wij 45  
min. na de injectie een serumspiegel van ca. 20 mg/l. Een  
dosering van 25 mg/kg per keer zou dus een piekspiegel  
geven van ca. 70 mg/l. In de literatuur wordt vrij algemeen  
aanbevolen kanamycine zodanig te doseren dat een piek-  
spiegel van 30 mg/l niet wordt overschreden. Wij vragen  
ons daarom af of ook bij (sub)acute microbiële arthritis  
niet beter de gebruikelijker kanamycine-dosering van 3  
maal daags 7½ mg/kg kan worden toegepast.

Voorts willen wij ervoor pleiten voor het nauwkeuriger  
omschrijven van de aminoglycosidedosering gebruik te  
maken van de aanduiding „bij creatinineklaring ca. 100  
ml/min.” in plaats van „bij normale nierfunctie”. Bij nor-  
male nierfunctie van een geriatrische patiënt is de creatini-  
neklaring verminderd, hetgeen behoort te leiden tot een  
verlaagde aminoglycoside-dosering bij deze patiënten.

*Literatuur:* MEIJERS, K. A., A. CATS, P. J. VAN DEN BROEK  
en R. VAN FURTH (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 3082.

Nijmegen, februari 1981

E. J. VOLLAARD  
J. G. A. BORGHANS

In ons artikel is inderdaad een storende, en door ons te  
laat bemerkte, fout geslopen in de dosering van kanamyci-  
ne. Wij verzochten de redactie van het tijdschrift reeds een  
correctie op te nemen, die inmiddels is gepubliceerd (zie  
1981, bl. 128). De kanamycine-dosering had moeten zijn: 15  
mg/kg lich. gew./dag in 2 doses i.m. of i.v. of 2 dd 7,5 mg/kg  
lich. gew.

De aanduiding „bij creatinineklaring ca. 100 ml/min.”  
in plaats van „bij normale nierfunctie” lijkt ons geen we-  
zenlijke verbetering, daar men in de praktijk vrijwel nooit  
over een creatinineklaring zal beschikken op het moment  
dat met de therapie moet worden begonnen zodat men het  
dus zal moeten doen met het serumcreatinine-gehalte. Men  
moet dan natuurlijk niet de fout maken het serumcreati-  
negehalte los te beoordelen van andere gegevens van de  
patiënt, zoals leeftijd en gewicht. In die zin is de opmerking  
van de collegae Vollaard en Borghans nog eens een nuttige  
waarschuwing.

Leiden, februari 1981

K. A. E. MEIJERS  
A. CATS  
P. J. VAN DEN BROEK  
R. VAN FURTH

### *Resectie van het distale uiteinde van de ulna bij patiënten met reumatoïde arthritis*

Met genoegen lezen wij het artikel van VELDHUIS, RAS-  
KER, HUFFSTADT en NIENHUIS (1980). Hierin wordt duide-  
lijk aangetoond dat operatieve behandeling van patiënten  
bij wie het polsgewricht is aangetast door reumatoïde arthri-  
tis tot goede resultaten kan leiden. Het artikel noopt ons  
wel tot enkele opmerkingen. De laatste zin: „er zijn weinig  
complicaties van de ingreep”, lijkt ons niet geheel in over-  
eenkomst met de resultaten, beschreven in het artikel. Bij  
13 patiënten ontstonden complicaties. Dit is bij ongeveer  
30% van de patiënten. Misschien zijn deze complicaties te  
wijten aan de bijzondere incisie (L-vormig) die de auteurs  
gebruiken. In de meeste publikaties over het polsgewricht  
wordt de longitudinale incisie aangegeven. Deze incisie  
geeft een goed overzicht over de gehele pols dorsaal en er  
bestaat minder kans op laedering van de huidtakken van de  
nervus ulnaris of nervus radialis. Ook zou de wondgenezing  
beter verlopen. Over de operatieve behandeling zijn de  
auteurs verder vrij kort. Deze bestond alleen uit resectie  
van het distale ulna-uiteinde en synovectomie van het dis-  
tale radio-ulnaire gewricht. Herstel van geruptureerde  
strekpezen (tabel 4 vermeldt 4 patiënten met ruptuur van  
één of meer strekpezen) vindt niet plaats. Ook eventuele  
synovectomie van de strekpezen, transpositie van het reti-  
naculum, centraliseren van de extensor carpi ulnaris wor-  
den niet verricht. Hoewel resectie van het distale uiteinde  
van de ulna duidelijk een plaats heeft in de behandeling  
van patiënten met reumatoïde arthritis met pijn in het pols-  
gewricht, lijkt ons dat in dit artikel de gang van zaken bij de  
operatieve behandeling toch te eenvoudig is voorgesteld  
(zie fig. 2 waarop ernstige arthrosis van het radio-carpale  
gewricht is te zien). Onzes inziens dient voorop te staan dat  
veelal het gehele polsgewricht betrokken is bij dit proces en  
dat, indien de aandoening mede gelokaliseerd is bij het  
distale ulna-uiteinde, onder andere resectie van dit deel  
van de ulna een vermindering van de klachten kan geven.

*Literatuur:* VELDHUIS, E. F. M., J. J. RASKER, A. J. C.  
HUFFSTADT en R. L. F. NIENHUIS (1980) *Ned. T. Geneesk.*  
124, 2116.

Utrecht, januari 1981

W. DEENSTRA  
W. RUNDERS

Ik dank de collegae Deenstra en Rijnders hartelijk voor  
hun reactie. Ik ben het met hen eens dat operatieve behan-

deling van patiënten bij wie het polsgewricht is aangetast door reumatoïde artritis, tot goede resultaten kan leiden. Echter, ons artikel gaat daar niet over. Wij hebben ons bewust beperkt tot de gevolgen van resectie van het distale uiteinde van de ulna bij patiënten bij wie het distale radio-

ulnaire gewricht is aangetast door reumatoïde artritis. De andere ingrepen die aan de hand zijn verricht voor de gevolgen van de ziekte, zijn buiten beschouwing gelaten.

Groningen, februari 1981

E. F. M. VELDHUIS

## BERICHTEN

### Buitenland

#### GROOT-BRITANNIË

*Besmetting van verplegend personeel door een patiënt met psittacosis.* – Hoewel de overdracht van psittacosis van mens op mens zeldzaam is, dient het behandelende en verplegende personeel toch altijd erop bedacht te zijn, vooral indien de zieke veel hoest. Behalve met te nemen voorzorgen bij de verpleging van koortsige zieken, heeft men nog te maken met de vaak laat gestelde diagnose. Dit was ook het geval bij de verpleging van een kind van 6 jaar dat opgenomen werd wegens (virale?) meningoencephalitis. De ziekte had een ongunstig beloop en na 6 dagen moest kunstmatig beademd worden, waarbij grote hoeveelheden sputum werden verwijderd; op die dag vond men complement bindende antistoffen tegen *Chlamydia psittaci* in het bloed en werd het dragen van maskers bij de verpleging voorgeschreven. De patiënt overleed een dag later. Bij sectiemateriaal van longen en meninges werden tuberkelbacteriën gekweekt. Verondersteld werd dat onder invloed van psittacosis een oude tuberculose was opgevlamd. Bij nadere beschouwing van de longfoto die bij de opname was gemaakt werd een kalkhaard gezien die op een doorgemaakt primair complex kon wijzen.

Bij het bloedonderzoek van 66 personeelsleden werd bij een huishoudelijke hulp en bij een verpleegster titerstijging van complement bindende antistoffen gevonden. Beiden hadden een periode met lichte ziekteverschijnselen doorgemaakt. Het kind was waarschijnlijk besmet door een papegaai van de overburen. Na de dood van het kind bleek dat de grootvader lobectomie wegens tuberculose had ondergaan; ook de ouders hadden tuberculose. (*Commun. Dis. Rep.* 81/6.)

#### ZWITSERLAND

*Het besmettingsgevaar van de tuberculosepatiënt.* – In het algemeen acht men het besmettingsgevaar voor de omgeving van een tuberculosepatiënt gering, indien hij de overbrengingswijze kent en zich houdt aan de regels ter voorkoming van druppelbesmetting. Zijn behandeling geschiedt meestal ambulante, omdat bedrust meestal niet noodzakelijk is. Een deel van de patiënten werkt zelfs door. Ook voor patiënten met ernstige vormen van open tuberculose, die op de juiste wijze met medicamenten worden behandeld en daar goed op reageren, vindt men verblijf in het ziekenhuis meestal niet nodig. Sommigen nemen aan dat reeds na 2 weken, anderen dat na 4-6 weken geen besmettingsgevaar meer te duchten is. Niet iedereen is even gerust over dit liberale standpunt.

H. K. SCHULTHESS en H. ZOLLIKOFER (*Schweiz. med. Wschr.* (1981) 111, 251) menen dat men het besmettingsgevaar ook van goed behandelde patiënten niet te licht moet beoordelen. Bij twee patiënten met een open caverneuze tuberculose die zij tijdens het ziekenhuisverblijf konden volgen, kweekten zij tot 12<sup>1/2</sup> en tot 16<sup>1/2</sup> weken na het begin van de therapie tuberkelbacteriën respectievelijk

in sputum en maagsap. Zij stellen dat als kweekbare tuberkelbacteriën in staat worden geacht cavia te infecteren, dit ook voor de mens geldt. Zij staan sceptisch tegenover de uitspraak dat patiënten met een besmettelijke vorm van tuberculose reeds na enkele weken behandeling geen gevaar meer opleveren. Er is hier sprake van een verschil van instelling tussen epidemiologen, die op grond van statistisch materiaal besmettingskansen bepalen en daarop hun ziektebestrijdingswijze baseren, en behandelende artsen die zich verantwoordelijk voelen voor de individuele patiënt en zijn naasten, zodat zij eigenlijk geen enkel risico kunnen negeren. De schrijvers uiten de vrees dat de gunstige situatie van de tuberculose in de westerse landen ertoe kan leiden dat de ziekte „auf die leichte Schulter” wordt genomen.

A. L. NOORDAM

### Binnenland

*Aspecten van ouder-kindbegeleiding* is een publikatie onder redactie van dr. A. M. C. van der Geld, die werd uitgegeven bij gelegenheid van het 25-jarig jubileum van het Medisch Opvoedkundig Bureau te 's-Hertogenbosch.

Voor belangstellenden is het 52 bladzijden tellende boekje verkrijgbaar door storting van f 3,- op postgiro nr. 3928843 van de Stichting voor G.V. te 's-Hertogenbosch.

*Blootstelling aan longbeschadigende gassen of dampen.* – De arbeidsinspectie van het ministerie van Sociale Zaken heeft een voorlichtingsblad uitgegeven: Hoe te handelen bij blootstelling aan longbeschadigende gassen of dampen? In bedrijven en laboratoria worden stoffen toegepast die bij inademing ernstige longbeschadiging kunnen veroorzaken. Snelle, speciale eerste-hulpmaatregelen en een juiste behandeling kunnen dit voorkomen. Hoewel dergelijke ongevallen gelukkig betrekkelijk zeldzaam zijn, heeft de ervaring geleerd dat men slecht op de hoogte is van het gevaar van deze stoffen en van de maatregelen die bij inademing moeten worden genomen. Dit geldt zowel voor degenen die deze stoffen gebruiken als voor de artsen.

Het voorlichtingsblad is gebaseerd op richtlijnen voor de eerste hulp en behandeling van werknemers die longbeschadigende stoffen hebben ingeademd, zoals die zijn opgesteld door enkele bedrijfsartsen in de drie noordelijke provincies in samenwerking met klinici van het Academisch Ziekenhuis te Groningen. De arbeidsinspectie heeft aan de aanpak in de noordelijke provincies ruime bekendheid willen geven, maar omdat in de praktijk zal moeten blijken of deze richtlijnen voldoen is dit voorlichtingsblad in conceptvorm uitgegeven. Aan het voorlichtingsblad is een lijst toegevoegd van stoffen die longoedeem (ernstige longbeschadiging) kunnen veroorzaken, en model-informatieformulieren bestemd voor de behandelende arts. De Medische Dienst van het directoraat-generaal van de Arbeid, Postbus 69, 2270 MA Voorburg, wacht gaarne voorstellen