

Herhaalde oproep voor medewerking aan prospectief vaccinatie-onderzoek

Het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid (RIV) te Bilthoven en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg-TNO (NIPG-TNO) te Leiden vragen de medewerking van gezinnen, waarin één der ouders medisch is onderlegd (arts, verpleegkundige, analist(e)) en waarin in de loop van 1981 gezinsuitbreiding wordt tegemoet gezien.

Het is de bedoeling om van circa 100 kinderen vanaf de geboorte door middel van serologische bepalingen de ontwikkeling van de immuniteit te volgen en gegevens over eventuele entreacties te verkrijgen ten aanzien van difterie, kinkhoest, tetanus, polio, mazelen en rodehond, de ziekten

waartegen volgens het Rijksvaccinatieprogramma wordt ingeënt.

Dit onderzoek wordt wenselijk geacht in verband met de volgende vragen: (1) Kan het aantal DKTP-entingen tot drie worden teruggebracht? (2) Is revaccinatie tegen mazelen noodzakelijk? (3) Welke bijwerkingen worden na de verschillende routine-entingen waargenomen?

Ter wille van het verkrijgen van betrouwbare, medisch relevante informatie is in dit onderzoek gekozen voor gezinnen waarin één van de ouders medisch is onderlegd. Aan hen die in principe bereid zijn tot deelname aan dit onderzoek en die nadere informatie wensen wordt verzocht schriftelijk of telefonisch contact op te nemen met het NIPG-TNO, Postbus 124, 2300 AC Leiden; tel. 071-170441 (H. J. J. Spook, arts of dr. G. J. Vaandrager, kinderarts).

INGEZONDEN

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

Longemfyseem, een verloren zaak?

In hun artikel geven POSTMA, STEENHUIS en SLUITER (1981) algemene richtlijnen voor de behandeling van longemfyseem. Hierbij wordt geen melding gemaakt van de mogelijkheid van behandeling met mucolytica.

Een gunstig effect van langdurige toediening van mucolytica langs orale weg, met name van acetylcysteïne, is onlangs beschreven door VERSTRAETEN (1980) en ook door ons (MAESEN en BROMBACHER 1980). Wij hopen door deze opmerking in positieve zin bij te dragen aan het artikel van Postma e.a.

Literatuur: MAESEN, F. P. V. en P. J. BROMBACHER (1980) *Therapiewoche* 30, 2024; (1980) *Eur. J. respir. Dis.* 61, Suppl. III, 110. — POSTMA, D. S., E. J. STEENHUIS en H. J. SLUITER (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 265. — VERSTRAETEN, J. M. (1980) *Therapiewoche* 30, 2008; (1980) *Eur. J. respir. Dis.* 61, Suppl. III, 77.

Heerlen, februari 1981

F. P. V. MAESEN
P. J. BROMBACHER

Mesenteriumkysten

Het artikel van de collegae GALLANDAT HUET, KOOTSTRA en ZWIERSTRA (1981) heeft bij ons een aantal vragen opgeroepen. De reeks van 24 patiënten uit de Groningse Universiteitskliniek in de periode 1925-1979 is uniek wat aantal betreft. We vinden het derhalve jammer dat de histologische bevindingen van de wand van de kysten niet werden vermeld.

Hoewel van de aetiologie van de mesenteriumkysten weinig bekend is, geven de auteurs een aetiologische indeling (zonder bronvermelding) en stellen, dat de verschijnselen en behandeling van neoplastische en infectieuze kysten anders zijn dan die van embryogene of degeneratieve kysten. Deze mededeling wordt niet verder toegelicht en lijkt ons niet juist. Wij althans vonden in de literatuur geen verschillen in ziektebeeld en behandeling van de mesenteriumkysten (ESTOURGIE en VAN BEEK 1981). Het histologische beeld laat naar onze ervaring in de meerderheid van de gevallen een duidelijke classificatie toe. De aanwezigheid van gladde-spiervezels in de wand van een kyste hoeft

niet te betekenen, dat de kyste een enterogene origine heeft, omdat deze vezels ook in kysten van duidelijk lymfogene oorsprong kunnen worden aangetroffen (BEAHRs e.a. 1950; HANDELSMAN en RAVITCH 1954; KOLTAL en MENARDI 1975). Wellicht verklaart dit het hoge aantal (8 van de 24) enterogene kysten in de reeks uit de Groningse kliniek.

Gesproken wordt over een reeks van 24 kinderen, terwijl in de tabel de leeftijd varieert van 4 dagen tot 78 jaar. Over een aantal patiënten uit de beschreven reeks werd reeds eerder melding gedaan, o.a. door Boerema, Eerland, Rinsema en voor het laatst in 1961 door HENNEVELD. Henneveld beschrijft de patiënten uit de jaren 1908-1958, van wie 18 patiënten uit de jaren 1925-1958, terwijl over deze periode slechts 15 patiënten in het artikel van Galandat Huet e.a. vermeld staan.

Naar aanleiding van de eerste in het artikel beschreven ziektegeschiedenis van een jongen van 2,5 jaar, merken wij het volgende op. Dit kind was al 2 jaar onder behandeling wegens Salmonella-infectie, en bij laparotomie werd een mesenteriumkyste gevonden met strangulatie van dunne darm. Helaas wordt niet vermeld of de kyste-inhoud is gekweekt en ook wordt de histologie van de wand van de kyste niet beschreven. Deze ziektegeschiedenis doet ons sterk denken aan de casuïstische mededeling van Vos (1969) in dit tijdschrift, die een 21-jarige patiënt beschreef met acute buikklasten t.g.v. een, aangetoonde, salmonella-infectie van een mesenteriumkyste.

Literatuur: BEAHRs, O. H., E. S. JUDD en M. B. DOCKERTY (1950) *Surg. Clin. N. Amer.* 30, 1081. — ESTOURGIE, R. J. A. en M. W. P. M. VAN BEEK (1981) *Z. Kinderchir.* (ter perse). — GALLANDAT HUET, R. C. G., G. KOOTSTRA en R. P. ZWIERSTRA (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 150. — HANDELSMAN, J. C. en M. M. RAVITCH (1954) *Ann. Surg.* 140, 185. — HENNEVELD, H. E. (1961) *Arch. chir. neerl.* 8, 1. — KOLTAL, I. en G. MENARDI, (1975) *Z. Kinderchir.* 17, 35. — Vos, A. (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 699.

Nijmegen, februari 1981

R. J. A. ESTOURGIE
M. W. P. M. VAN BEEK

Terecht wijzen de collegae Estourgie en Van Beek op een storende fout in ons artikel. Hun overige vragen gaan voorbij aan de doelstelling van het artikel. Wij hebben de

nadruk willen leggen op de bijdrage die nieuwe diagnostische methoden leveren tot het pre-operatief stellen van de diagnose mesenteriumkyste. We hebben dan ook gemeend te kunnen volstaan met het vermelden van de door de patholoog-anatoom afgegeven weefseldiagnose.

De indeling van mesenteriumkysten is uit de door ons geraadpleegde literatuur verkregen. Wij zijn ons ervan bewust dat hierover discussie mogelijk is. Enkele door vroegere medewerkers uit onze kliniek beschreven patiënten hebben wij niet in onze tabel opgenomen doordat de desbetreffende ziektegeschiedenissen niet meer beschikbaar zijn. Van ons patiëntje V uit de serie is de heldere kystevloeistof niet op salmonella gekweekt.

Wij zijn de collegae Estourgie en Van Beek erkentelijk voor hun kritische reactie en zien hun publikatie over dit onderwerp met belangstelling tegemoet.

Groningen, april 1981

R. C. G. GALLANDAT HUET
G. KOOTSTRA
R. P. ZWIERSTRA

Parametritis door een IUD

In het artikel van A. VERHOEVEN (1981) wordt ten onrechte zowel in de titel als in de tekst gesteld dat er een positief verband is aangetoond tussen het dragen van een IUD en het voorkomen van parametritis. Deze stelling gaat niet op omdat ten eerste niet bewezen is dat de parametritis van de beschreven patiënte veroorzaakt werd door het IUD. Ten tweede wordt in de bespreking geen onderzoek genoemd waarbij de frequentie van parametritis wordt nagegaan bij vrouwen met of zonder IUD. Collega Verhoeven mag dan ook niet verder gaan dan het verband te suggereren en had de titel van zijn artikel moeten veranderen in „Parametritis bij een IUD”. Bovendien hoeft hij zijn bevindingen niet te melden als complicatie aan het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen.

Literatuur: VERHOEVEN, A. T. M. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 319.

Rotterdam, februari 1981

B. VAN DER LUGT

Parametritis als hoofddiagnose met op de voorgrond tredende symptomen is een uitermate zeldzame aandoening in de gynaecologische praktijk in Nederland. Sedert 1973 zagen wij behalve de beschreven patiënte slechts éénmaal een parametritis (na een sectio caesarea) op ca. 12.000 klinische opnames, bij patiënten die niet leden aan een maligne ziekte. In de laatste 15 jaar is er veel gepubliceerd over het causale verband tussen „pelvic inflammatory disease” en IUD-gebruik (ESCHENBACH en SODERSTROM 1980). Het IUD-draadje, bacteriën op het oppervlak van „corpora aliena”, micro-ulcera en endometrane synechiae, resulterend in éénzijdige tubo-ovariële abcessen, anaërobe bacteriën en chronisch relatief symptoomloze endometritis en endosalpingitis worden hiervoor verantwoordelijk gesteld. Parametritis is slechts één van de klinische uitingsvormen, zij het een zeldzame. De aangehaalde literatuur getuigt ook juist van deze zeldzaamheid. Parametritis komt niet voor zonder een typische bekende oorzaak zoals salpingitis, diverticulitis, cystitis (ernstige vormen), (traumatische) baring of abortus, operatieve of instrumentele ingrepen aan de uterus (waaronder IUD-insertie), of als nevenverschijnsel van maligne celfiltratie (JEFFCOATE 1975). Een

verband tussen de beschreven parametritis en het IUD acht ik dan ook bewezen, voor zover er althans in de klinische geneeskunde een bewijs mogelijk is.

Of men deze bijwerking meldt aan het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen, onderdeel van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, is een kwestie van semantiek. Ik beschouwde het als een morele verplichting deze ernstige bijwerking te melden aan dit bureau op de volgende gronden:

1. Wij kennen niet, zoals in de V.S., een Center for Disease Control, via welk bureau complicaties als die van het Dalkonschildje bij zwangerschap en de „tamponziekte” ontdekt werden.

2. Waarom zou men bijwerkingen van „de pil”, meestal niet voorgeschreven als „geneesmiddel”, wél, en een in toenemende mate toegepast antinidatie-middel als het IUD niet melden aan de, enige hiertoe in Nederland, bestaande instantie? Ik kan collega Van de Lugt verzekeren, dat het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen het tot zijn werkterrein achtte hiervan kennis te nemen en met de melding erg ingenomen bleek!

Literatuur: ESCHENBACH, D. A. en R. M. SODERSTROM (1980) In: E. S. E. HAFEZ en W. A. A. VAN OS, *IUD pathology and management* (Progress in contraceptive delivery systems, vol. III.) M.T.P. Press, Lancaster. — JEFFCOATE, N. (1975) *Principles of gynaecology*. 4e druk. Butterworth, Londen.

Arnhem, maart 1981

A. T. M. VERHOEVEN

De traumatische ruptuur van de thoracale aorta

In twee artikelen in dit tijdschrift wordt de aandacht gevestigd op de traumatische ruptuur van de thoracale aorta (BRUTEL DE LA RIVIÈRE e.a. 1981; EGGERMONT en HIEMSTRA 1981). Zoals duidelijk wordt geschetst betreft het een ernstig letsel met een zeer hoge sterfte. Een vroege diagnose is dan ook van groot belang, beginnend bij het betrekken van de ruptuur van de thoracale aorta in de differentiële diagnose.

In hun artikel noemen Eggermont en Hiemstra een aantal afwijkingen die veelvuldig worden gezien op de thoraxfoto van deze patiënten. Helaas laat de kwaliteit van de foto vaak te wensen over, doordat de opname in liggende houding van de patiënten wordt gemaakt, veelal met verplaatsbare apparatuur, terwijl de patiënt begrijpelijkerwijs nogal eens niet goed zal hebben ingeademd. Een en ander bemoeilijkt een juiste beoordeling van de verkregen beelden.

TISNADO e.a. (1977) beschreven een eenvoudige methode die kan helpen nog eerder aan de juiste diagnose te denken. Door het inbrengen van een radiopake maagsonde kan verdringing van de oesophagus worden gevolgd. Arteriografische bevestiging van de diagnose kan dan volgen. Tisnado e.a. beschreven 7 patiënten met traumatische ruptuur van de aorta. Bij allen was verplaatsing van de maagsonde zichtbaar. Thoraxfoto's van 24 ongevals-slachtoffers toonden wel verbreding van het mediastinum aan, de oesophagus was evenwel niet verplaatst. Wellicht verdient deze simpele diagnostische methode meer bekendheid.

Literatuur: BRUTEL DE LA RIVIÈRE, A., Z. AYTUG en J. M. QUAEGBEUR (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 341. — EGGER-