

plastic plaatsvinden. Om deze dubbele immobilisatie te vermijden, moet men directe curettage, plastic en interne fixatie toepassen. (3) Bij onstabiele fracturen in een onaanvaardbare, niet te reponeren stand zijn eveneens directe curettage, plastic en osteosynthese gewenst. (4) Bij de fibula kan volstaan worden met curettage of segmentale resectie. (5) Ligt de fractuur vlak bij de epifysaire lijn dan is, wegens de kans op een groeistoornis door beschadiging van de groeischijf, een conservatieve behandeling en uitstel van de operatie gewenst.

*Literatuur:* ARATA, M. A., H. A. PETERSON en D. C. DAHLIN (1981) *J. Bone Jt. Surg.* 63-A, 980.

L. A. BOUVY

## Verloskunde en vrouwenziekten

### *Androgeenreceptoren in de menselijke placenta*

MCCORMICK e.a. (1981) beschrijven het voorkomen van androgeenreceptoren in zowel het cytoplasma als de kernen van menselijke placentacellen. Zulke receptoren komen niet in de vruchtvliezen voor en in placentae behorend bij een mannelijke vrucht zijn ze talrijker dan in placentae met een foetus van het vrouwelijke geslacht. De concentratie van de androgeen bindende globuline was voor placentae à terme en premature placentae gelijk. De receptor voldeed aan de eisen dat deze orgaan-specifiek en steroid-specifiek was, dat er een hoge affiniteit voor het steroid hormoon bestond, en tevens dat de concentratie van de receptor in het specifieke „target”-weefsel relatief laag was. De functie van een steroidreceptor na binding van het steroid is de verandering van het transcriptieproces in de kern van de „target”-cel, waardoor de genen-expressie kan veranderen.

De betekenis voor de zwangerschap is nog niet duidelijk. Men weet dat na de 28e week van de zwangerschap het androgeengehalte in het serum van de moeder stijgt. Men zou kunnen veronderstellen dat androgenen bij mannelijke foeten, gezien het grotere aantal receptoren in de placentae, belangrijker zijn dan bij vrouwelijke vruchten. Men kan ook denken aan het vormen van een tegenwicht tegen de hoge oestrogenspiegels gedurende de zwangerschap. Voorts is bekend dat het testosteronpeil in de zwangerschap hoger ligt dan bij niet-zwangeren. Misschien is dit hogere peil nodig voor een anabole werking op de placenta, waardoor deze tijdens de graviditeit bijzonder snel kan groeien. Ook is mogelijk dat het behoud van de placenta mede afhankelijk is van de anabole werking van androgene stoffen, die dank zij

de aanwezige receptoren uit het maternale bloed kunnen worden opgenomen.

*Literatuur:* MCCORMICK, P. D., A. J. RAZEL, T. C. SPELSBERG e.a. (1981) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 140, 8.

P. G. HART

## Diversen

### *Het 2-foto-IVP bij urineweginfecties*

LÄHDE e.a. (1981) bestudeerden 230 intraveneuze pyelogrammen (IVP). Zij vergeleken de diagnose, gesteld op grond van 2 foto's met die van de complete serie bestaande uit 4 tot 14 foto's. De leeftijd van de patiënten varieerde van 3 tot 80 jaar; 30 waren jonger dan 15 jaar. De indicatie voor het onderzoek was steeds een recidiverende urineweginfectie. Patiënten met klachten of symptomen die een duidelijke afwijking deden vermoeden, werden uitgesloten. De twee foto's waren een buikoverzichtsfoto na goede laxatie, onder nuchtere omstandigheden en een opname, gemaakt 10 minuten na de intraveneuze injectie van het contrastmiddel direct nadat de ureterstuwung was opgeheven. De röntgenologen die de twee foto's beoordeelden, kenden de bevindingen van het volledige onderzoek niet.

De resultaten waren als volgt. Bij 203 patiënten (88%) stemde de diagnose op grond van 2 foto's geheel overeen met die op grond van het volledige onderzoek. Bij 20 van de 27 patiënten waren er kleine verschillen zonder therapeutische consequenties. Van de 7 patiënten die toen nog overbleven, werd bij 4 ondanks vlotte uitscheiding van het contrastmiddel geen goed beeld van het kelkensysteem verkregen. Bij de drie patiënten bij wie de diagnose werd gemist was sprake van een blaascarcinoom bij een 80-jarige man, een hypoplasie van 1 nier en eenmaal een niersteen die slechts op 1 foto zichtbaar was. Hieruit blijkt dat beide methoden nagenoeg even betrouwbaar zijn. Bij gebrek aan betere onderzoeksmethoden voor het opsporen van afwijkingen aan de nieren en urinewegen, vooral bij kinderen met urineweginfecties, zal het IVP zijn plaats voorlopig behouden. Niettemin worden betrekkelijk zelden bij een IVP op bovengenoemde indicatie afwijkingen gevonden. Dit onderzoek toont aan dat het aantal foto's tijdens een IVP in veel gevallen sterk kan worden verminderd, met als voordeel een aanzienlijke besparing in tijd, geld en stralenbelasting. Met name voor jonge patiënten bevelen de auteurs deze 2-foto-methode sterk aan.

*Literatuur:* LÄHDE, S., C. STANDERTSKJOLD-NORDENSTAM e.a. (1981) *J. Urol.* 125, 820.

J. DE KRAKER

## INGEZONDEN

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

### *De praktische eerste aanpak van pseudokroep*

Na lezen van het Caput Selectum van DE SMET, GROTE en JONKMAN (1982) wil ik allereerst duidelijk stellen, dat ik het een duidelijke en grondige beoordeling vind van de genoemde eerste aanpak bij pseudokroep. In mijn ervaring

als huisarts echter, heb ik deze pseudokroep vrijwel uitsluitend gezien bij CARA-patiëntjes: kinderen die hevige (respiratoire) reacties vertonen op specifieke prikkels.

Ik ken grote oorzakelijke betekenis toe aan de atopische component, als uiting van deze overmatige manier van reageren op de aanval van een onschuldig, vaak minder virulent virus. Daarom gebruik ik vaak naast het stomen in de

badkamer een suppositorium met antihistamine-werking. Ik acht de keuze van een antihistaminicum juist, omdat hiermee sedatie, anxiolyse en anti-allergische aanpak verenigd zijn in één middel, dat snel werkt.

Ik miste deze aanpak in de opsomming in het *Caput Selectum* en denk dat deze bruikbare behandeling ten onrechte onvermeld bleef. Vandaar deze aanvulling mijnerzijds.

*Literatuur:* SMET, P. A. G. M. DE, J. J. GROTE en J. H. G. JONKMAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 63.

Oostzaan, januari 1982

A. L. SMIT

Pseudokroep is een aandoening die in het overgrote deel der gevallen door de huisarts wordt behandeld. De praktische eerste aanpak van pseudokroep is mijns inziens een bij uitstek huisartsgeneeskundig onderwerp. Zoals wel vaker gebeurt in het Tijdschrift hebben ook hier enkele specialisten het woord genomen (DE SMET e.a. 1982) en het is gelukkig een prima artikel geworden. Terecht wordt gewezen op het belang van een goede diagnose en op de behandelingsmogelijkheden, waarover men in het ziekenhuis beschikt. Toch ontbreekt er iets aan doordat het probleem niet als huisartsgeneeskundig probleem wordt gesteld. Dan zou bijvoorbeeld meer naar voren gehaald zijn dat iedere goed gediagnostiseerde pseudokroep thuis behandeld kan worden, als men er maar in slaagt paniek te voorkómen, dan wel te bezweren.

Door de huisartsgeneeskundige kant van de zaak als uitgangspunt te nemen, kan ook worden verklaard waarom een geneesmiddel (aminofylline in suppositoria), waarvan bekend is dat het niet werkt, toch zo populair blijft. Immers niets werkt zo geruststellend en paniekverminderend als het aanbevelen van een geneesmiddel, waarvan met over-

tuiging wordt gesteld dat het het probleem zal oplossen. Het is goed dat deskundigen ons erop wijzen dat het gebruik van aminofylline voor dit doel niet geheel zonder risico is. Uit hun artikel blijkt dat er eigenlijk geen alternatief is, behalve dan (niet genoemd) het echte placebo (maar wie durft dat bij pseudokroep?).

Welnu, dan zullen wij onze taak op ons moeten nemen zonder farmacotherapeutische hulpmiddelen. Vele huisartsen weten ook al lang dat dat best kan. Geruststelling kan in de eerste plaats worden bereikt door beschikbaar te zijn (of goed vertegenwoordigd!) en bereid te zijn te komen voor een lichamelijk onderzoek, het ziektebeeld te verklaren, te wijzen op het kortstondige karakter ervan en, inderdaad, door te „stomen”. Toch zal ook na het artikel van De Smet c.s. nog wel vaak van aminofylline (in een verantwoorde dosering) gebruik gemaakt worden voor als het allemaal niet helpt. De supps. worden in huis gehaald en hoeven misschien niet eens te worden toegediend. Men heeft immers iets „achter de hand”. Ziekenhuisopnamen en tracheotomieën kunnen zo worden voorkómen.

*Literatuur:* SMET, P. A. G. M. DE, J. J. GROTE en J. H. G. JONKMAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 76.

Amsterdam, januari 1982

G. W. SALEMINK

De door Smit aangeprezen zetpil blijkt bij telefonische navrage Balsoclase te zijn. De toepassing van dit hoestmiddel (dat overigens geen antihistaminicum bevat) bij pseudokroep kan niet als rationele farmacotherapie worden beschouwd.

Den Haag,  
Leiden,  
Assen, februari 1982

P. A. G. M. DE SMET  
J. J. GROTE  
J. H. G. JONKMAN

## BERICHTEN

### Buitenland

#### VERENIGDE STATEN

*Verandering van bloedgroep B- in bloedgroep O-erythrocyten.* – Erythrocyten van bloedgroep B kunnen worden veranderd in bloedgroep O-cellen door verwijdering van een suikerverbinding van het celoppervlak. Reeds in 1950 lukte de verwijdering van dit molecuul met behulp van het enzym  $\alpha$ -galactidase, maar daarbij werd de celmembraan van de erythrocyten beschadigd en werd het celmetabolisme verstoord. J. GOLDSTEIN, van het New York Blood Center, deelde mee op een bijeenkomst van de American Association of Blood Banks dat met dit enzym bereid uit groene koffiebonen de transformatie was gelukt zonder beschadiging van de cellen. Bij proeven met gibbons bleek dat het van het B-antigeen ontdane bloed goed werd verdragen. Hierna werd bij 3 vrijwilligers respectievelijk behorend tot de bloedgroep A, B en O 1 ml van tot bloedgroep O getransformeerd bloed van de B-groep toegediend. Deze bloedcellen waren gemerkt met radioactief  $^{51}\text{Cr}$ . Zij verdroegen dit normaal; na 24 uur was nog 95% van de gemerkte cellen in de circulatie aanwezig en na een maand nog 50%.

Met het herhaald toedienen van getransformeerd bloed zal bij vrijwilligers worden nagegaan of bij hen antistof-

vorming ontstaat. Men zoekt naar een enzym dat de omzetting van bloedgroep A naar bloedgroep O kan bewerken, omdat de bloedgroep A vaker voorkomt in de bevolking van de Verenigde Staten (bij 40%) dan bloedgroep B (bij 12%). (*J. Amer. med. Ass.* (1982) 247, 12.)

*Het toxische-shocksyndroom zonder samenhang met menstruatie.* – Het aantal patiënten met het door stafylokokkentoxinen veroorzaakte toxische-shocksyndroom (TSS) zonder samenhang met tampongebruik tijdens menstruatie stijgt en bedroeg in 1981 13,2% van het totaal aan gegeven gevallen. REINGOLD e.a. (*Lancet* (1982) I, 2) vermelden van 54 patiënten de oorzaken: infecties na al of niet chirurgische verwondingen, bij mastitis, bursitis, adenitis en longabcessen, na bevalling langs normale weg, na sectio caesarea en na abortus, bij een vaginale infectie tijdens het intermenstruum, bij niet-menstruerende vrouwen en bij 2 mannen bij wie géén focale infectie kon worden aangetoond. Bij de 8 patiënten met TSS na een normale bevalling trad bij 2 de ziekte binnen 24 uur na de partus op en bij de anderen 2-8 weken erna. De laatste 6 hadden tampons gebruikt, de eerste twee niet. Bij 3 patiënten ontstond TSS respectievelijk 12 uur en 2 en 4 weken na een sectio caesarea; de laatste twee hadden tampons gebruikt. Van de 4 patiënten met een vaginale infectie tijdens de intermen-