

enkele wijze verklaren wij ons voorstander van BVO. Hiervoor ontbreken de argumenten. De nadelen wegen zwaar, vooral voor de patiënten, opgespoord door BVO aan wie geen afdoende behandeling kan worden geboden.

De veronderstelling van Branbergen dat wij met onze bevindingen een bepaald beleid willen ondersteunen is volstrekt juist. De door hem gesignaleerde politiek beleidsmatige functie van het verslag is onontkoombaar eigen aan iedere publikatie over BVO op dit moment omdat op handen zijnde beslissingen van de overheid over BVO zich niet onttrekken aan politieke invloeden.

Gezien de niet conclusieve resultaten van tot op heden verricht onderzoek dringen wij aan op een beleid waarbij beslissingen over de wenselijkheid van BVO slechts dan genomen worden wanneer de resultaten van een goed opgezet prospectief onderzoek bekend zijn.

Literatuur: BERGH, J. H. A. M. VAN DEN, C. M. JONGERIUS en D. J. J. GROENHUIS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 280. – HUISKEN, D. P. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 988; (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, 681. – MEINSMA, L. (1965) *Resultaten behandeling kankerpatiënten 1956-1958*. Landelijke organisatie van de Kankerbestrijding, Amsterdam. – VEEZE, P. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 954.

Nijmegen, maart 1982

J. H. A. M. VAN DEN BERGH
C. M. JONGERIUS
D. J. J. GROENHUIS

Diagnostiek en behandeling van het hersenabces

Naar aanleiding van het artikel van TER Berg e.a. (1982) zouden wij enige opmerkingen willen maken. Wij zijn het met de auteurs eens dat computertomografie een waardevolle aanwinst is voor het stellen van de diagnose hersenabces. Niettemin komen zelfs bij computertomografische afbeeldingen, die duidelijk in de richting van een hersenabces wijzen, verscheidene andere ziektebeelden in aanmerking zoals de schrijvers terecht stellen. Men dient derhalve wel te bedenken, dat het op basis van morfologische criteria vaak niet mogelijk is te differentiëren tussen een hersenabces en andere hersenafwijkingen zoals metastasen en maligne gliomen.

Derhalve zijn wij van mening dat voor het stellen van de diagnose hersenabces een diagnostische punctie van de lesie noodzakelijk is. De neurochirurg kan een oppervlakkig gelegen abces om een functioneel minder belangrijk gebied operatief benaderen. In geval van diep gelegen of multiple metastatische abcessen kan een al dan niet stereotactische punctie worden verricht. Bovendien kan tijdens deze punctie door aspiratie de omvang van het abces worden verkleind.

Doordat een dergelijke diagnostische ingreep achterwege bleef bij de door Ter Berg e.a. beschreven patiënten, is de diagnose hersenabces niet met zekerheid gesteld en indien er al sprake was van een abces, werd de bacteriële verwekker niet geïdentificeerd. Hierdoor is het effect van de ingestelde therapie moeilijk te beoordelen. Door de onbekendheid van de verwekker is de antibacteriële therapie wellicht onnodig breed geweest; men moest dan ook zijn toevlucht nemen tot geneesmiddelen met een smalle therapeutische breedte (gentamicine) en tot geneesmiddelcombinaties die antagonistisch kunnen werken (chlooramfenicol

ten opzichte van penicilline (JAWETZ e.a. 1951a), chlooramfenicol ten opzichte van een aminoglycoside (JAWETZ e.a. 1951b; D'ALESSANDRI e.a. 1976)). Ons zijn over antagonisme van chlooramfenicol ten opzichte van penicilline en gentamicine geen gegevens bekend die betrekking hebben op de behandeling van het hersenabces. De literatuur over voortgezette behandeling van patiënten met meningitis met de combinatie van penicilline en chlooramfenicol (MATHIES e.a. 1967; LINDBERG e.a. 1977), en van chlooramfenicol en gentamicine bij experimentele meningitis (SANDE en OVERTON 1973; STRAUSBAUGH en SANDE 1978) doen echter vermoeden dat men deze combinaties moet vermijden. Het voorstel van Ten Berg e.a. om penicilline één uur vóór het chlooramfenicol te geven, zal bij voortgezette behandeling het antagonisme waarschijnlijk niet voorkómen.

Onzes inziens bestaat de optimale behandeling van hersenabcessen bij voorkeur uit een neurochirurgische benadering (aspiratie en (of) drainage) en gerichte antibiotische therapie (SAMSON en CLARK 1973), die meestal langdurig zal zijn. Indien neurochirurgisch ingrijpen te riskant lijkt, o.a. wanneer het abces te klein is voor een trefzekere punctie, geeft de literatuur als alternatief enige steun voor uitsluitend antibiotische behandeling (HEINEMANN e.a. 1971; BERG 1978; KOTTAS en SMITH 1978; ROSENBLUM e.a. 1980). De behandeling van een op het computertomogram aankleurende ringstructuur met uitsluitend antibiotica is derhalve om meer dan één reden een hachelijk avontuur.

Literatuur: BERG, B., G. FRANKLIN, R. CUNEO e.a. (1978) *Ann. Neurol.* 3, 474. – BERG, J. W. M. TER, E. A. E. MEVISSSEN-VERHAGEN, J. A. VEIGA PIRES e.a. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 50. – ALLESSANDRI, R. M. D', D. J. MCNEELY en R. M. KLUGE (1976) *Antimicrob. Ag. Chemother.* 10, 889. – HEINEMANN, H. S., A. I. BRAUDE en J. L. OSTERHOLM (1971) *J. Amer. med. Ass.* 218, 1542. – JAWETZ, E., J. B. GUNNISON en R. S. SPECK (1951a) *Amer. J. med. Sci.* 222, 404. – JAWETZ, E., J. B. GUNNISON, R. S. SPECK e.a. (1951b) *Arch. intern. Med.* 87, 349. – KOTTAS, M. en L. G. SMITH (1978) *Infection* 6, 81. – LINDBERG, J., U. ROSENHALL, O. NYLENE e.a. (1977) *Pediatrics* 60, 1. – MATHIES, A. W., L. M. LEEDOM, D. IVLER e.a. (1967) *Antimicrob. Ag. Chemother.* 7, 218. – ROSENBLUM, M. L., J. T. HOFF, D. NORMAN e.a. (1980) *J. Neurosurg.* 52, 217. – SAMSON, D. S. en CLARK (1973) *Amer. J. Med.* 24, 102. – SANDE, M. A. en J. W. OVERTON (1973) *J. Infect. Dis.* 128, 247. – STRAUSBAUGH, L. J. en M. A. SANDE (1978) *J. infect. Dis.* 137, 251.

Leiden, februari 1982

B. A. C. DIJKMANS
G. J. VIELVOYE
R. T. W. M. THOMEER
P. J. VAN DEN BROEK
J. W. M. VAN DER MEER

Evenals de brieven schrijvers, onderschrijven wij de waarde van de diagnostische punctie bij een aantal patiënten met een hersenabces. Deze ingreep, die niet altijd zonder complicaties verloopt, is echter alleen geïndiceerd wanneer het abces zich gelokaliseerd heeft. In vele andere gevallen kan de diagnose hersenabces-in-ontwikkeling door anamnestiche en onderzoeksgegevens in combinatie met computertomografie gesteld worden. Bovendien is een (diagnostische) punctie gecontraïndiceerd in de vroege encefalitische fase, die met behulp van computertomografie kan worden aangetoond (na contrasttoediening wordt al een ringstructuur waargenomen, terwijl zich nog geen membraan gevormd heeft) (NEW 1980; BRITT 1981). Wij zijn er

van overtuigd dat de diagnose bij onze patiënten op basis van de anamnestiche en onderzoekgegevens juist gesteld is; wat ook door het effect van de ingestelde antimicrobiële behandeling bevestigd werd.

Wanneer geen primaire infectiehaard gevonden kan worden en een diagnostische punctie niet mogelijk is, moeten breed-spectrumantibiotica gegeven worden die bovendien goed in het hersenweefsel doordringen. Op grond van onze ervaring en die van vele auteurs (SAMSON en CLARK 1973; BREWER e.a. 1975; EVERETT en STRAUSBAUGH 1980; BELL 1981) is voor ons de eerste keus de combinatie penicilline en chlooramfenicol. Wij zijn het met de briefschrijvers eens, dat over antagonisme van penicillinepreparaten ten opzichte van chlooramfenicol geen gegevens bekend zijn die betrekking hebben op de behandeling van het hersenabces. De literatuur (FELDMAN 1978; PERFECT e.a. 1980) daarover is tegenstrijdig. De combinatie ampicilline-chlooramfenicol is voor *Haemophilus influenzae* zelfs synergistisch; voor pneumokokken kan deze antagonistisch zijn. De klinische betekenis van een eventueel antagonisme van chlooramfenicol ten opzichte van penicilline of gentamicine voor de behandeling van het hersenabces is onbekend. De combinatie penicilline en chlooramfenicol blijft voor ons dan ook de eerste keus (BELL 1981).

Wij leggen er de nadruk op dat vroege diagnostiek ons in staat stelt een zich ontwikkelend hersenabces in een vroeg stadium antimicrobieel te behandelen, nog voordat een punctie mogelijk en gerechtvaardigd is, waarbij computertomografisch vervolgonderzoek van onschatbare waarde is,

o.a. voor de indicatiestelling tot neurochirurgische interventie.

Dijkmans e.a. onderkennen de mogelijkheid van uitsluitend antimicrobiële behandeling. Op deze behandeling wordt ook in recente literatuur de nadruk gelegd (WHELAN 1980; KAMIN 1981; WEISBERG 1981). Naar onze mening is de behandeling van een zich ontwikkelend hersenabces met uitsluitend antibiotica dan ook om meer dan één reden géén hachelijk avontuur.

Literatuur: BELL, W. E. (1981) *Ann. Neurol.* 9, 313 – BREWER N. S., C. S. MACCARTY en W. E. WELLMAN (1975) *Ann. intern. Med.* 82, 571. – BRITT, R. H., D. R. ENZMANN en A. S. YEAGER (1981) *J. Neurosurg.* 55, 590. – EVERETT, E. DALE en L. J. STRAUSBAUGH (1980) *Neurosurg.* 6, 691. – FELDMAN, W. E. (1978) *Pediatrics* 61, 406. – KAMIN, M. en D. BIDDLE (1981) *Neurology* 3, 103. – NEW, P. F. J. en K. R. DAVIS (1980) *Current clinical topics in infectious disease*. McGraw-Hill, New York. – PERFECT, J. R., S. D. R. LANG en D. T. DURACK (1980) *Antimicrob. Ag. Chemother.* 43. – SAMSON, D. en K. CLARK (1973) *Amer. J. Med.* 54, 201. – WEISBERG, L. A. (1981) *Neurology* 31, 575. – WHELAN, M. A. en S. K. HILAL (1980) *Neuroradiol.* 135, 663.

Utrecht, maart 1982

J. W. M. TER BERG
E. A. E. MEVISSSEN-VERHAGE
J. A. VEIGA-PIRES
M. ROZENBERG-ARSKA
J. VERHOEF

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Vetzucht van het bovenlichaam bij vrouwen, een aanwijzing voor diabetes. – Bij vrouwen die aan diabetes lijden, komt vetzucht aan het bovenlichaam (BLV) vaker voor dan vetzucht aan de onderste lichaamshelft (OLV). KISSEBAH van het Winconsin Medical College vond bij 25 gezonde vrouwen van 20-40 jaar die 40-100% overgewicht hadden en een vetafzetting voornamelijk aan het bovenlichaam, de glucosetolerantie gestoord. Ook was in het bloed het gehalte aan vetzuren, insuline en testosteron verhoogd. Bij 15 (60%) van deze vrouwen werd een preklinische vorm van diabetes vastgesteld en bij 4 (15%) klinische diabetes. Bij 18 vrouwen met onderlichaamsvetzucht en bij 9 vrouwen met een normaal gewicht werden géén van bovengenoemde afwijkingen waargenomen. Vervolgens bleek dat de vetcellen van de BLV-vrouwen vergroot waren en die van OLV-vrouwen niet, maar wel waren de vetcellen groter in aantal. Bij vergrote vetcellen zou het aantal insulinerceptoren van het celoppervlak verminderd zijn, wat een compensatoire verhoogde insulineproductie tot gevolg zou hebben. Door dieet te houden zouden deze afwijkingen snel verbeteren. Terwijl de vetzucht van het bovenlichaam aan overvloedige voeding op latere leeftijd zou zijn te wijten, goed reagerend op dieet, ontstaat de vetzucht van het onderlichaam in de kinderjaren en trotseert behandeling met dieet. Voor het vaststellen van de vorm van de vetzucht bepaalde men de verhouding tussen de omvang van de leest en van de heupen. Een verhouding van 0,7 beschouwt men als normaal. Bij vrouwen bij wie deze 0,85 bedraagt of meer,

acht de schrijver een nader onderzoek naar de glucosetolerantie aangewezen. Voor dergelijke gevallen van BLV schat Kissebah de kans op diabetes 8 maal zo groot. Bij 15.000 vrouwen met een te groot gewicht vond hij 25% BLV en 25% OLV, terwijl de overigen aan een gecombineerde vorm van vetzucht leden. Aangezien 40% van alle vrouwen in de Verenigde Staten te dik is, kan met de vetverdeling als eenvoudig hulpmiddel bij 10% van hen een verhoogd risico op diabetes worden opgespoord. Bij vetzuchtige vrouwen met vetafzetting aan zowel boven- als onderlichaam leidt voedselbeperking tot disproportionalering.

Bij mannen zet het vet zich voornamelijk aan het bovenlichaam af. Bij hen komt diabetes vaker voor dan bij vetzuchtige vrouwen, met dien verstande dat vetzuchtige vrouwen met BLV vaker diabetes hebben dan vetzuchtige mannen. Het verhoogde testosterongehalte van het bloed, dat bij de BLV-vrouwen werd gevonden, zou er op wijzen dat het hormoon bij de vrouw een vetverdeling volgens mannelijk patroon bewerkstelligt. Het verhoogde testosterongehalte zou op zichzelf een verhoogde incidentie van diabetes veroorzaken. (*Science* (1982) 215, 651.)

A. L. NOORDAM

CURSUSSEN

Van 26 april tot 7 mei a.s. zal in Interlaken een scholingscursus worden gehouden over de theoretische en klinische aspecten, de preventie en de methoden voor het aantonen van een neiging tot trombose.

Inlichtingen bij prof. dr. H. C. Hemker, Tongersestraat 53, 6200 MD Maastricht; tel. 043-888888.