

niet-immune personen. Het ontstaat 3 tot 6 weken na infectie met cercariae van één der drie schistosoma-soorten die voor de mens pathogeen zijn. Het Katayama-syndroom wordt beschouwd als een allergische reactie op antigenen van schistosomula die zich in de lever tot volwassen wormen ontwikkelen. Klinisch doet het zich voor als een ernstige koortsige ziekte maar soms verwekt het alleen algemene malaise.

ZUIDEMA (1981) beschreef waarnemingen omtrent dit syndroom in een groep van 12 Nederlandse toeristen, die van 3-8 november 1975 het Omo National Park in Ethiopië bezocht. Het zwembad, waarin allen dagelijks zwommen, stond in verbinding met de Mui River. Op 11 december werd één van hen ziek met koorts, spierpijn en anorexie. Er was hypereosinofilie (7450 eosinofiele cellen/mm³) en een immunofluorescentiereactie op coupes van volwassen wormen (IFA-FS) was sterk positief (titer 1:64 - 1:128) maar in de ontlasting werden geen schistosoma-eieren gevonden. De koorts duurde meer dan twee weken; na behandeling met niridazol (Ambilhar) herstelde de patiënt geheel. Negen andere leden van het reisgezelschap konden eveneens worden onderzocht. Zeven hadden ziekteverschijnselen gehad, twee waren asymptomatisch gebleven. De incubatietijd was 4-41, gemiddeld 26 dagen. De meesten hadden koorts; de temperatuur steeg in de namiddag en bleef enkele uren verhoogd. De duur van de koortsperiode varieerde van 1 tot 14 dagen. Eén patiënt kreeg voorbijgaand oedeem van de enkels; één had kortdurend urticaria. De meeste patiënten hadden ten tijde van het onderzoek eosinofilie. Bij twee van hen werden na lang zoeken enkele eieren van *Schistosoma mansoni* gevonden; bij allen was de IFA-FS-test positief. Bij de twee asymptomatische personen was deze reactie negatief; de immunofluorescentiereactie met „gut-associated polysaccharides” (IFA-GAP) was echter positief.

Epidemiologisch onderzoek in het Omo National Park

toonde *S. mansoni*-infecties aan bij employé's van het park, bij de bevolking langs de Mui River, maar ook bij apen, voornamelijk bavianen. Tevens werd een zoetwaterslak (*Biomphalaria pfeifferi*) als vector geïdentificeerd. Het zeer kleine aantal uitgescheiden eieren was een ongewoon verschijnsel bij dit epidemietje. Wellicht waren de Nederlandse toeristen besmet met een *S. mansoni*-stam afkomstig van bavianen, die slecht was geadapteerd aan de mens. De waarneming van Zuidema is de eerste uit West-Europa. Door de toeneming van het massatoerisme, o.a. naar gebieden waar schistosomiasis endemisch is, zal dit ziektebeeld ongetwijfeld vaker in West-Europa worden gezien. Bij een teruggekeerde toerist die ziek wordt met koorts, eosinofilie, oedeem en urticaria, zij men bedacht op het Katayama-syndroom.

DEELDER en KORNELIS (1981) beschrijven een aantal serologische reacties, die verricht werden op serummonsters van de bovenbeschreven personen. De positieve IFA-FS-reactie, die bij alle personen met klinische verschijnselen gevonden werd, toonde focale fluorescentie aan in de darm van de worm. Deze bevinding houdt blijkbaar verband met een recente infectie. IgM-antistoffen gericht tegen twee gezuiverde antigenen „circulating anodic antigen” (CAA) en (of) „cathodic circulating antigen” (CCA), werden in alle sera aangetoond. De schrijvers beschouwen de IFA-GAP en een ELISA (enzyme linked immunosorbent assay) met CAA als de gevoeligste serologische reacties bij recente schistosoma-infecties. Zij zijn vooral van belang in de periode voorafgaande aan de uitscheiding van eieren en bovendien bij zeer geringe infecties.

Literatuur: ZUIDEMA, P. J. (1981) *Trop. geogr. Med.* 33, 30. – DEELDER, A. M. en D. KORNELIS (1981) *Trop. geogr. Med.* 33, 36.

A. DE GEUS

INGEZONDEN

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

Doxycycline, tabletten of capsules?

In een Brief aan de Redactie schrijft prof. dr. F.W.H.M. MERKUS (1982) over het „plakkende” vermogen van doxycycline-capsules in de oesophagus en het belang van goede voorlichting over de wijze waarop geneesmiddelen het beste kunnen worden ingenomen. Onderstaand praktijkgeval moge het belang daarvan adstrueren:

Bij een 49-jarige vrouw werd op het consultatiebureau van de Rutgersstichting een routine-cervix-uitstrijk gemaakt. Aan de uitwendige genitaliën en bij het speculumonderzoek werden geen afwijkingen gezien. Bij cytologisch onderzoek werd een bacteriële ontsteking gediagnostiseerd en werd behandeling geadviseerd. Zoals te doen gebruikelijk werd patiënte met deze gegevens naar de huisarts verwezen. Deze schreef, na lezing van de verwijzing, Vibramycine voor. Van de assistente van de huisarts kreeg patiënte een doosje capsules mee waarop als enige aanwij-

zing stond: 3 maal daags één capsule. Bij thuiskomst bracht patiënte een capsule vaginaal in. Binnen 10 minuten ontstond een hevig brandende pijn en jeuk. Patiënte belde vervolgens de assistente van de huisarts op om inlichtingen te vragen over de gebruikswijze van de capsules. Er werd haar verteld dat ze ze in moest slikken. Onderhevig aan verschillende emoties vermeldde patiënte niet wat er gebeurd was en kwam pas de volgende avond bij mij op het spreekuur. Inmiddels had ze wel geprobeerd (ca. 7 uur na het intravaginaal inbrengen) zoveel mogelijk met water te spoelen.

Bij inspectie bleek het onderste deel van de schede, de labia minora en de binnenzijde van de labia majora flink gezwollen en geheel bedekt met een gele laag. Het lukte niet deze laag te verwijderen, er ontstonden direct bij aanraking bloedinkjes en patiënte gaf pijn aan. Met een virgospeculum lukte het de portio te inspecteren, en de hoger gelegen vaginawanden. Deze waren vrij van beslag. Kennelijk was

de capsule niet diep ingebracht. In de loop van 3 dagen, waarin de pijn geheel was verdwenen, lukte het patiënte met vochtige doeken de gele laag „als kleine velletjes” los te krijgen. De eronder liggende huid was normaal.

Hieruit moge blijken hoe belangrijk het is om duidelijke voorlichting te geven bij het voorschrijven van geneesmiddelen bij vaginale infecties, die soms oraal, soms vaginaal behandeld worden. De voorschrijvende arts of apotheker moet zich realiseren dat de term inwendig onderzoek staat voor vaginaal onderzoek. Als u, bij orale medicatie patiënte alleen vertelt dat de voorgeschreven tabletten voor inwendig gebruik zijn, blijft het misverstand bij haar bestaan. Andersom, als bij intravaginale therapie de apotheker slechts op het doosje vermeldt: voor uitwendig gebruik, is dit voor patiënte eveneens verwarrend want voor haar is vaginaal inbrengen hetzelfde als inwendig gebruik.

Literatuur: MERKUS, F.W.H.M. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 203.

Bergen, april 1982

A. VAN ROYEN-VERSLUIJS

Gaarne dank ik mevrouw van Royen-Versluijs voor de ondersteuning van mijn brief aan de redactie. Het voorbeeld dat zij geeft, bevestigt nog eens hoe ondeugdelijk patiënten soms worden voorgelicht over het gebruik van geneesmiddelen. Ik moet hier nog aan toevoegen dat ook de dosering (3 × daags één capsule) in dit geval volstrekt fout is geweest. Vibramycine heeft een halfwaardetijd van eliminatie van 20-24 uur, zodat niet 3 × daags maar 1 × daags de gewenste dosis moet worden voorgeschreven.

Amsterdam, april 1982

F.W.H.M. MERKUS

Perifeer aangrijpende analgetica tijdens de behandeling met oraal toegediende anticoagulantia

In hun artikel vestigen BOEIJINGA e.a. (1982) de aandacht op de ernstige toxiciteit van paracetamol bij iets hogere dosis dan de therapeutische, namelijk circa 6 gram per dag. Deze dosis zou, volgens de auteurs, leverbeschadiging veroorzaken waarbij zij verwijzen naar een artikel van PRESCOTT e.a. uit 1971. In het bewuste artikel staat echter nergens vermeld dat leverbeschadiging optreedt bij een dosis van circa 6 gram paracetamol per dag. Wel vermeldt het artikel dat een éénmalige dosis van 7,5 gram paracetamol, ingenomen door 30 personen met het doel om suïcide te plegen, bij 17 van hen leidde tot leverbeschadiging. De paracetamolbloedspiegels waarbij leverbeschadiging optrad lagen hoger dan 125 µg/ml 4 uur na inname van 50 µg/ml 12 uur na inname. Gezien de korte halfwaardetijd van paracetamol bij gezonde volwassenen (circa 3 uur) lijkt het onwaarschijnlijk dat bij een dagelijkse dosis van 6 gram (in 4-6 doses) een zodanige cumulatie zal optreden dat bloedspiegels van 125 µg/ml zullen worden overschreden of zelfs benaderd.

Literatuur: BOEIJINGA, J.K., P.B.P.M. HEIDANUS en M.A. HOOGSLAG (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 579. – PRESCOTT, L.F., P. ROSCOE, N. WRIGHT e.a. (1971) *Lancet* I, 519.

Zoetermeer, april 1982

R. J. BUITENHUIS

Buitenhuis noemt onze verwijzing naar PRESCOTT e.a. (1971); in onze tekst had echter moeten staan PRESCOTT (1977). Prescott refereert daar een gepubliceerde casus van VILSTRUP e.a. (1977) en FERNANDEZ en FERNANDEZ-BRITO (1977), waarbij ernstige leverbeschadiging werd gerapporteerd na doses van respectievelijk 5,4 en 5,85 g paracetamol. Bij bestudering van de hepatotoxiciteit ten gevolge van paracetamol valt op dat de in de literatuur opgegeven potentieel of gebleken toxische doses over het laatste decennium een sterk dalende tendens vertonen. Behalve de eventuele causale rol van paracetamol bij analgetica-nephropathie (al of niet in combinatie met andere perifere analgetica) kon onlangs ook een interactie van paracetamol met coumarinederivaten worden aangetoond (BOEIJINGA e.a. 1982) bij een „therapeutische” dosering van 2 g daags.

Er lijken voldoende argumenten te zijn om eventuele toxische effecten van paracetamol en met name de hepatotoxiciteit van dit reeds lang op grote schaal aangewende pharmacum kritisch te volgen.

Literatuur: BOEIJINGA, J.K., E.E. BOERSTRA, P. RIS e.a. (1982) *Lancet* I, 506. – FERNANDEZ E. en A.C. FERNANDEZ-BRITO (1977) *New Engl. J. Med.* 296, 577. – PRESCOTT, L.F. (1977) *Lancet* II, 142. – PRESCOTT, L.F., P. ROSCOE, N. WRIGHT e.a. (1971) *Lancet* I, 519. – VILSTRUP, H., N.C. HENNINGSEN en L.F. HANSEN (1977) *Ugeskr. Laeg.* 139, 831.

Leiden, april 1982

J.K. BOEIJINGA
P.B.P.M. HEIDANUS
M.A. HOOGSLAG

Clostridium perfringens-sepsis na heimelijk verrichte abortus provocatus

De casuïstische mededeling van collega MEIJERINK e.a. (1982) verdient bijzondere aandacht. Immers „een afspraak voor abortus provocatus lege artis was al wel gemaakt, maar in de wachttijd ervoor had patiënte, door wanhoop gedreven, reeds zelf met een scherp voorwerp actie ondernomen”. Het is jammer dat over de reden van de opgelegde wachttijd en over het waarom deze wachttijd tot een dergelijke wanhoop heeft geleid geen nadere gegevens (konden) worden verstrekt. Enerzijds kunnen de specifieke migrantenproblematiek en de gebrekkige communicatiemogelijkheid hier een belangrijke rol hebben gespeeld, anderzijds geven Turkse en Marokkaanse migranten als door een vergrootglas de beperkingen weer van ons systeem, ook als het autochtone patiënten betreft (SIEVAL 1982, mondelijke mededeling).

De ziektegeschiedenis doet vermoeden dat bij patiënte een overtijdbehandeling mogelijk was geweest (WIBAUT 1977). Het is ons bekend dat hier en daar in Nederland waar men de techniek van de zeer vroege abortus provocatus onvoldoende beheerst, geadviseerd wordt te wachten tot de zwangerschap wat verder gevorderd is. Een dergelijk beleid kan ontaarden in een wachttijd van twee weken.

Het is opmerkelijk dat deze mededeling over de dramatische gevolgen van een opgelegde wachttijd verschijnt nog voor de nieuwe abortuswet, die wachttijden voorschrijft, in werking is getreden. Het is duidelijk dat in de toekomst niet te lichtvaardig over de belasting van wachttijden mag worden gedacht. In ieder individueel geval zal beoordeeld moeten worden of de eisen die aan zorgvuldig medisch