

zijn voor penicilline G van *Treponema pallidum*. Vroege syfilis kan bij een serumconcentratie van 0,02 E/ml nog gecureerd worden. De door Ducas en Robson waargenomen liquorconcentraties van < 0,03 E/ml zijn wellicht onvoldoende; men kan zich tevens afvragen welke penicillineconcentraties er bij deze behandeling in het hersenweefsel worden bereikt en ook of niet-maximaal treponemacide penicillinespiegels reeds voldoende zijn voor de genezing van syfilis. In verband met het feit dat probenecid incidenteel aanleiding geeft tot op penicilline-allergie lijkende reacties en mede gezien de mogelijkheid dat probenecid kan interfereren met de ophoping van penicilline in hersenweefsel meent Rein dat verhoging van de penicillinedosis in principe te verkiezen is boven de toevoeging van probenecid. Hij stelt dat we nog niet zeker zijn omtrent de effectiviteit van benzathinepenicilline bij neurosyfilis. Onderzoek van de liquor bij patiënten met een langer dan 1 jaar bestaande syfilis acht hij geïndiceerd. Patiënten zonder bij neurosyfilis passende liquorbevindingen zouden dan met benzathinepenicilline G behandeld kunnen worden. Hij acht het echter op theoretische gronden waarschijnlijk dat de beste behandeling van neurosyfilis bestaat uit hoog gedoseerde intraveneuze toediening van kristallijne penicilline G.

Literatuur: DUCAS, J. en H.G. ROBSON (1981) *J. Amer. med. Ass.* 246, 2583. – REIN, M.F. (1981) *J. Amer. med. Ass.* 246, 2613.

E. STOLZ

Diversen

Caries bij jonge kinderen door fermenteerbare koolhydraten in middelen tegen ongemakken van de tandvorming

Het is thans genoegzaam bekend dat de in grootmoeders tijd gebruikelijke manier om zeurderige kinderen rustig te

krijgen door ze te laten zuigen aan een met honing of stroop ingesmeerde fopspeen reeds op zeer jonge leeftijd aanleiding kan geven tot ernstige carieuze aantasting van het melkgebit. GUGGENHEIM en BEN-ZUR (1982) zagen bij herhalig kinderen van 12 tot 36 maanden met uitgebreide caries van de gladde tandvlakken die niet met deze ouderwetse zoethoudertjes werden gekalmeerd; daarentegen bleken ze door hun zorgzame ouders met de beste bedoelingen behandeld te zijn met middelen tegen ongemakken van de normale dentificatie. Vanouds wordt dit proces, bij gebrek aan een betere verklaring, voor allerlei welzijnsstoornissen van zuigelingen, zoals koorts, braken, diarree, krampjes verantwoordelijk gesteld. Tegen echte of vermeende pijn van de tanddoorbraak zijn verscheidene middeltjes zonder recept verkrijgbaar, die synthetische of plantaardige anestetisch en analgetisch werkende stoffen bevatten en meestal sterk gezoet zijn. De auteurs onderzochten de in Zwitserland meest bekende producten (Osanit, Omidan, Diffudent, Gencivex, Delabarre Sirup, Dentinox, Moore's Zahngelee en Mundisal-Gel) op hun gehalte aan fermenteerbare mono- en disacchariden. Het gehalte aan saccharose, glucose en fructose werd gaschromatografisch en (of) enzymatisch bepaald. Daarbij bleek slechts één middel (Mundisal-Gel) geheel suikervrij te zijn. In alle andere lag het gehalte aan fermenteerbare koolhydraten tussen de 30 en de 90%.

De auteurs veronderstellen dat de meeste middelen vooral kalmerend werken door het hoge suikergehalte en dat de anestetische en analgetische componenten een te verwaarlozen invloed hebben. Met het oog op het ontstaan van tandbederf waarschuwen ze voor regelmatige en langdurige toepassing van middelen tegen echte of vermeende ongerieven van de normale dentificatie.

Literatuur: GUGGENHEIM, B. en E. BEN-ZUR (1982) *Schweiz. med. Wschr.* 112, 232.

V. VAN DEN BRANDT-GRÄDEL

INGEZONDEN

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

Aan heroïne verslaafde zwangeren

Naar aanleiding van de artikelen van HOGERZEIL e.a. (1982) en SOEPATMI (1982) het volgende.

In de regel wordt bij detoxificatie van volwassenen gebruik gemaakt van methadon. Middelen als fenobarbital worden tegenwoordig min of meer als obsoleet beschouwd (KOOYMAN e.a. 1979; VAN DER LUGT 1979). Toch wordt dit laatste pharmacoon nog steeds gebruikt bij het neonatale abstinentiesyndroom (N.A.S.) (HOGERZEIL e.a. 1982; SOEPATMI 1982).

Thans wordt op de afdeling verloskunde van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam ervaring opgedaan met detoxificatie van de pasgeborene via de borstvoeding. Bij verslaving aan methadon treedt het N.A.S. in de regel niet op vóór de derde levensdag. Dit is in de regel het moment dat de borstvoeding redelijk op gang is gekomen. De eerste neonatale abstinentiesverschijnselen kunnen dan ook worden bestreden met het in de moedermelk aanwezige methadon. De pasgeborene kan hierna van methadon

worden ontwend door langzamerhand de methadon bevattende moedermelk te vervangen door flesvoeding.

Het voordeel van deze methode is ten eerste, dat de verslaafde moeder haar kind direct vanaf het moment van de geboorte aan de borst kan nemen, wat de bedreiging van de moeder/kind-relatie bij verslaafden kan verminderen. Ten tweede hoeft de pasgeborene de detoxificatie niet op de „cold-turkey”-manier te ondergaan. (KOOYMAN e.a. 1979). Ten derde zal de pasgeborene, daar deze over een langere periode ontwend wordt, nauwelijks abstinentiesymptomen vertonen, wat zal bijdragen tot het welbevinden van het kind en daardoor ook van de moeder. Tenslotte kunnen moeder en kind de kliniek in principe binnen tien dagen post partum verlaten en kunnen de controles verder poliklinisch plaatsvinden. Dit kan een bijdrage vormen tot een zo snel mogelijke „normalisering” van het dagelijkse leefpatroon.

Literatuur: HOGERZEIL, H.V., S. SOEPATMI, M. KREIJENBROEK en P.E. TREFFERS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 316. – KOOYMAN, M., B. VAN DER LUGT en I. VERHOEF-HOORNWEG

(1979) *T. Alcohol, Drugs, psychotrope Stoffen* 4, 140. – SOEPATMI, S. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 321.

Rotterdam, maart 1982

B. VAN DER LUGT
H.C.S. WALLENBURG

Van der Lugt en Wallenburg breken een lans voor borstvoeding door methadon gebruikende moeders van hun pasgeboren kinderen ter bestrijding van het neonatale abstinentiesyndroom (N.A.S.) en ter bevordering van het tot stand komen van de moeder/kind-relatie. In onze kliniek wordt deze methode tot nu toe niet toegepast om de volgende redenen:

– Hoewel ten gevolge van het gebruik van methadon tijdens de zwangerschap geen congenitale afwijkingen bekend zijn, suggereren recente studies (ZIMMERMAN en SODEREGGER 1980; ZAGON en Mc. LAUGHLIN 1980) een mogelijk effect op de hersenontwikkeling met late gedrags- en ontwikkelingsstoornissen. Methadon moet daarom naar onze mening niet langer dan strikt noodzakelijk gegeven worden.

– Spiegels van methadon in moedermelk van moeders die bekende hoeveelheden gebruiken correleren slecht met de gebruikte dosering, en zijn vermoedelijk aanzienlijk lager dan de in utero bereikte spiegels. De voorspelbare onderdrukking van het N.A.S. is derhalve onzeker, en het is geenszins uitgesloten dat alsnog neven-medicatie gegeven zal moeten worden (FINNEGAN 1980a).

Zoals de schrijvers terecht opmerken, komt de borstvoeding meestal pas na een dag of drie op gang. Van de 45 kinderen met een N.A.S. die wij observeerden (SOEPATMI 1982) begonnen bij 39 de ontwenningverschijnselen binnen 48 uur. Bij 34 kinderen was medicamenteuze therapie noodzakelijk. Als borstvoeding van methadon gebruikende moeders dus al in staat zou zijn de ontwenningverschijnselen te onderdrukken, dan mag men aannemen dat deze „natuurlijke” methode veelal te laat begint, en de pasgeborene onnodig blootstelt aan de „cold-turkey” die de schrijvers juist hopen te voorkomen. In onze kliniek wordt derhalve de voorkeur gegeven aan medicamenteuze behandeling wanneer de onthoudingsverschijnselen op de scorelijst van FINNEGAN (1980b) 8 of meer punten bedragen op drie opeenvolgende tijdstippen met tussenpozen van twee uur. Hierbij wordt begonnen met fenobarbital, een middel dat reeds lang zijn betrouwbaarheid in de neonatologie heeft bewezen. Afgezien van de humanitaire beweegredenen, heeft medicamenteuze behandeling het voordeel dat de tot rust gekomen zuigeling de voeding vlot zal accepteren die het door de moeder zelf vanaf de eerste dagen krijgt toegediend.

Bij 9 van de 45 beschreven kinderen verliepen de ontwenningverschijnselen echter zo mild dat geen medicatie nodig was, terwijl de waargenomen frequentie van het N.A.S. bij kinderen van gedurende de gehele zwangerschap methadon gebruikende moeders slechts 74% bedroeg (SOEPATMI 1980). Zou in deze gevallen borstvoeding zijn gegeven door de nog methadon gebruikende moeder, dan zou de baby onnodig een dosis methadon hebben binnen gekregen, terwijl men ten onrechte zou hebben kunnen concluderen dat borstvoeding het optreden van het N.A.S. had voorkomen.

Wanneer er sprake is van morfinomimetica-gebruik tijdens de zwangerschap gaan wij er vanuit dat de pasgeborene het risico loopt te zullen worden verwaarloosd. Om deze reden wordt de couveuse-opnameperiode gebruikt om het verzorgingsgedrag van de ouder(s) te observeren. Vooral als de baby nog opgenomen is en de moeder reeds ontslagen is hechten wij waarde aan de bezoekfrequentie

van de moeder. Naar onze ervaring is de normale kraamperiode van 10 dagen voor deze observatie meestal te kort. Indien op grond van een geslaagde borstvoeding tot een vroeg ontslag besloten zou worden bestaat naar onze mening het gevaar dat moeder, kind en hulpverlener zich ten onrechte laten geruststellen en het gebruik van methadon wordt gebagatelliseerd.

Het blijft desondanks te betreuren dat een natuurlijk mechanisme ter bevordering van de moeder/kind-relatie in een situatie waarin deze juist extra nodig is, moet worden ontbeerd. Wij zien daarom met belangstelling uit naar de resultaten van de ervaringen van onze Rotterdamse collega's.

Literatuur: FINNEGAN, L.P. (1980a) *Drug dependence in pregnancy*, bl. 54. Castle House Publications Ltd; (1980b) *Drug dependence in pregnancy*, bl. 93. Castle House Publications Ltd. – SOEPATMI, S. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 321. – ZIMMERMAN, E. en T. SODEREGGER (1980) *Biogenic amines in development*, bl. 591. Elsevier Biomedical Press, Amsterdam – ZAGON, I.S. en P.J. Mc. LAUGHLIN (1980) *Motoractivity and learning ability in rats perinatally exposed to methadon*. (Monogr. Ser. 27 121-7/1979/ED. 1980.) Nat. Inst. Drug Abuse Res.

Amsterdam, mei 1982

H.V. HOGERZEIL
S. SOEPATMI

Acute pancreatitis

Het artikel van GRIM e.a. (1982) over acute pancreatitis behoeft enige toelichting:

1. De suggestie om bij pseudokysten van het pancreas af te wachten tot spontane resorptie volgt is omstreden. Een imposante lijst van complicaties is voor sommigen (THOMFORD en JESSEPH 1969) een reden onmiddellijk in te grijpen; de mortaliteit van perforaties in de vrije buikholte bedraagt 50%, terwijl de bloedingen in pseudokysten dat getal evenzeer benaderen. Anderen voelen zich gesteund door experimenteel werk van Warren e.a. (1957) en wachten 4 tot 6 weken op de „rijping” van de pseudokystewand, alvorens te opereren. Deze periode moet klinisch worden overbrugd om zo te allen tijde te kunnen ingrijpen, zij het dan door middel van een externe drainage met een relatief grote kans op fistelvorming. Men moet bedenken dat spontane resorptie, zoals deze in 30% van de gevallen voorkomt, veeleer spontane resorptie is van een pancreasflegmone of zich voornamelijk voordoet bij de kleine pseudokysten (ELLIOT 1975).

2. De indruk wordt gewekt alsof de interne drainage volgens het Roux- en Y-principe de enig zaligmakende is. Het is technisch vaak zeer moeilijk deze ingreep te doen, zodat algemeen het principe wordt gehuldigd de interne drainages te laten afhangen van de plaats van de pseudokyste in het pancreas. Bovendien is de recidiefkans na een transgastrale cystogastrostomie 3%, terwijl deze bij drainages volgens het Roux- en Y-principe 5,5% bedraagt; de mortaliteit van beide ingrepen ontlopen elkaar niet (SCHUMER e.a. 1973). De kans op bloeding na een verbinding met de maag varieert van 3 tot 50%; in het algemeen zal deze bloeding spontaan stoppen (WARSHAW 1974).

Tot slot moet worden opgemerkt dat de etiologie van pseudokysten meer de recidiefkans en morbiditeit bepaalt dan welke vorm van operatie ook. Na een operatie aan een traumatische pseudokyste, welke 15% van het geheel uitmaakt, is de mogelijkheid tot een recidief vrijwel nul,