

kan men berekenen uit de eerste dag van de laatste menstruatie, uit tal van hormoonbepalingen na toediening van humane choriongonadotrofinen, of door echografisch aantonen van de rijpende follikel in het ovarium.

Seibel et al. onderzochten met behulp van een snelle LH-bepaling (luteïniserend hormoon) hoeveel uren er verlopen tussen het stijgen van de LH-spiegel in het bloed en de rijpheid van de eicel.² Bij 22 vrouwen werden om de 4 uur LH-bepalingen in het plasma uitgevoerd. Als het LH-peil begon te stijgen, werd 16 tot 38 uur later laparoscopie gedaan, ten einde door aspiratie van de rijpe follikel de oöcyt te bemachtigen. Aldus werden 13 gezonde oöcyten voor anatomisch onderzoek verkregen. De meiose bleek pas 18 uur na het begin van de stijging van het LH-peil te beginnen. Bij vrouwen die clomifeen gebruikten ter regulering van de cyclus begon de meiose wat later. Alles bij elkaar genomen, kon tussen de 28 en 38 uur na het begin van de LH-piek in het plasma een pre-ovulatoire oöcyt in metafase II (aanwezigheid van het eerste poollichaampje) worden verkregen. Na 38 uur vindt ovulatie plaats en begint de vorming van het corpus luteum.

De auteurs menen dat door gebruikmaking van de snelle LH-bepalingmethode rijpere eicellen voor kunstmatige inseminatie zijn te verkrijgen, waardoor de resultaten van de in vitro-bevruchting aanmerkelijk zouden verbeteren.

LITERATUUR

¹ Edwards RG, Steptoe PC, Purdy JM. Nature 1970; 227: 1307.

² Seibel MM, Smith DM, Levesque L, et al. Am J Obstet Gynecol 1982; 142: 569.

P.G. HART

Diversen

Osteomyelitis van het os pubis bij druggebruikers

Een zeldzame vorm van osteomyelitis is gelokaliseerd in het os pubis. Meestal ontstaat deze na urologische ingrepen of bij infecties van de urinewegen. Del Busto et al.¹ beschreven echter 6 patiënten met deze aandoening die parenteraal drugs gebruikten, hetgeen vermoedelijk de weg was waarlangs de bacteriën het lichaam binnendrongen. Het klinische beeld van osteomyelitis van het os pubis wordt vooral beheerst door de plaatselijke drukpijn. Pas na één tot enkele weken volgen röntgenologisch zichtbare afwijkingen of een pathologisch botsintigram. Drie patiënten hadden geen koorts, 4 geen leukocytose; allen hadden een verhoogde bezinking, een positieve bloedcultuur en (of) een positieve kweek uit aspiraats of biopsie. Vijf maal werd hieruit *Pseudomonas aeruginosa* geïsoleerd. Door het afwijkende klinische beeld werd de diagnose pas na enkele weken gesteld; desondanks reageerden alle patiënten gunstig op behandeling met gerichte antibiotica.

Volgens andere publikaties komt osteomyelitis bij drugmisbruik vaak voor aan de tussenwervelschijven en het sternoclaviculaire gewricht. Ook het os pubis kan dus een lokalisatie zijn, die door het atypische beeld niet gemakkelijk als osteomyelitis is te herkennen.

LITERATUUR

¹ Busto R del, Quinn EL, Fisher EJ, Madhavan T. JAMA 1982; 248: 1498.

F. KUIPERS

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Reisstipendia Sandoz Research Stichting

De Sandoz Research Stichting is voornemens voor de periode juli 1983 t.m. februari 1984 wederom een aantal reisstipendia toe te kennen aan bij voorkeur jonge wetenschappelijke onderzoekers voor één- of meerdaagse bezoeken aan buitenlandse congressen, workshops en symposia alsmede voor het leggen van intercollegiale en interdisciplinaire contacten in buitenlandse research-centra. Deze

stipendia zijn bestemd voor onderzoek op de volgende gebieden: (1) farmacotherapie en pathofysiologie van het circulatiesysteem; (2) neuro-endocrinologie; (3) psychofarmacologie.

Aanmeldingen dienen vóór 1 mei 1983 te zijn ontvangen. De beslissing van het stichtingsbestuur wordt vóór 15 juni 1983 aan de betrokkene medegedeeld.

Aanvraagformulieren zijn verkrijgbaar bij de Sandoz Research Stichting, Postbus 651, 5400 AR Uden, telefoon 04132-65911, tst. 237.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Veneus vaatgeruis van de diepe kuitvenen, opwekbaar bij gezonde proefpersonen

Wij kunnen het bericht van collega Mooi¹ bevestigen dat veneus vaatgeruis een klinisch belangrijk diagnosticum is bij patiënten met veneuze trombose of klepinsufficiëntie. In plaats van de stethoscoop gebruiken we echter het uit de arteriële diagnostiek bekende Doppler-apparaat. Hiermede kan ook zonder kunstgrepen op vele plaatsen van het

lichaam een veneus signaal worden waargenomen. Sedert deze toepassing van Doppler-ultragegeluid voor het eerst werd beschreven,² zijn door verscheidene auteurs goede ervaringen met deze methode gemeld.³⁻⁶ Doordat de apparatuur in zakformaat verkrijgbaar is, kan het onderzoek zowel aan bed als in de spreekkamer worden uitgevoerd. Beluisterd worden de veneuze signalen boven de vena tibialis posterior, vena poplitea en vena femoralis communis. Daarbij wordt beoordeeld of het signaal spontaan aanwezig is, reactie op de ademhaling, reactie op compressie en decom-

pressie op kuit of bovenbeen. Bij afsluiting van diepe venen is ook een spontaan signaal van de oppervlakkige venen zoals de vena saphena magna te beluisteren. Bij klepinsufficiëntie of insufficiënte venae perforantes kan een retrograde bloedstroom worden opgewekt. Het veneuze signaal kan spectraal worden geanalyseerd.⁷ Afsluiting van de vena poplitea of proximaal daarvan kan betrouwbaar worden vastgesteld. Kuitvenentrombose kan in sommige gevallen worden aangetoond, maar nooit worden uitgesloten.

LITERATUUR

- 1 Mooi WJ. Veneus vaatgeruis van de diepe kuitvenen, opwekbaar bij gezonde proefpersonen. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2395.
- 2 Strandness DE, Schulte Jr, Summer DS, Rushmer RF. Ultrasonic flow detection: A usefull technic in the evaluation of peripheral vascular disease. Am J Surg 1967; 113: 311.
- 3 Sigel B, Popky GL, Wagner DK, Esmond McD MAPP, Feigl P, Boland P. Comparison of clinical and Doppler ultrasound evaluation of confirmed lower extremity venous disease. Surg 1968; 64: 332-8.
- 4 Evans DS, Cockett FB. Diagnosis of deep vein thrombosis with an ultrasonic Doppler technique. Br Med J 1969; 2: 802-4.
- 5 Sigel B, Felin R, Popky GL, Ipsen J. Diagnosis of lower limb venous thrombosis by Doppler ultrasound technique. Arch Surg 1972; 104: 174-9.
- 6 Barnes RW, Russel HE, Wu KK, Havk JC. Accuracy of Doppler ultrasound in clinically suspected venous thrombosis of the calf. Surg Gynecol Obstet 1976; 143: 425-8.
- 7 Voorhoeve R, Bruyninckx CMA, Gerwen J van. The use of the Doppler ultrasound in venous disease. Periodica Angiologica. Ter perse.

Eindhoven, januari 1983

R. VOORHOEVE

Ontwikkelingen en problemen bij diagnostiek en behandeling van patiënten met de ziekte van Hodgkin

Met belangstelling las ik het artikel van Haanen.¹ Hoewel het een duidelijk overzicht geeft van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden bij de ziekte van Hodgkin op volwassen leeftijd, gaat het artikel geheel voorbij aan het grote verschil tussen de behandeling van volwassen patiënten met de ziekte van Hodgkin en kinderen met deze aandoening.

Tien jaar geleden werd dit onderscheid nog niet gemaakt en destijds werden kinderen behandeld zoals bij volwassenen gebruikelijk was. Voor kinderen in stadium I en II betekende dit in ieder geval radiotherapie, meestal volgens mantelveld. Deze behandeling, aangevuld met combinatie-chemotherapie, geeft bij kinderen dezelfde gunstige resultaten als bij volwassenen. Echter met als groot verschil dat radiotherapie aanleiding geeft tot een ernstige groeistoornis in het bestraalde gebied en soms hypothyreoïdie wanneer de hals werd bestraald. Vooral om deze reden dient bij kinderen met de ziekte van Hodgkin stadium I en II de voorkeur te worden gegeven aan chemotherapie als eerste keuze bij de behandeling. De rol van de radiotherapie is beperkt tot die van een adjuvante behandeling, bijvoorbeeld in geval van grote primaire klier tumoren of van recidief. Aldus is het mogelijk de helft van de kinderen in stadium I en II te behandelen zonder radiotherapie. De behandelingsresultaten blijven hiermee even gunstig. De zinsnede uit het artikel van collega Haanen „... dat radiotherapie de eerste keuze is bij behandeling van patiënten in de stadia I A/B, II A/B en III A . . .” is dan ook niet van toepassing op kinderen met de ziekte van Hodgkin.

Een tweede opmerking betreft het verband tussen het histologische type en de prognose. Hierbij hebben het

lymfocytenrijke type en het nodulaire-scleroserende type de naam een betere prognose te hebben dan het gemengdcellige en het lymfocytair type. Deze verschillen in prognose blijken afhankelijk te zijn van de therapie. Is radiotherapie het belangrijkste onderdeel daarvan, dan zijn deze verschillen duidelijk. Worden de patiënten voornamelijk met combinatie-chemotherapie behandeld, dan blijken de verschillen in prognose niet te bestaan.

Tenslotte wil ik opmerken dat stageringslaparotomie met splenectomie bij kinderen niet wordt gedaan omdat gebleken is dat levensgevaarlijke infecties kunnen optreden na deze ingreep.

LITERATUUR

- 1 Haanen C. Ontwikkelingen en problemen bij diagnostiek en behandeling van patiënten met de ziekte van Hodgkin. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 252-6.

Amsterdam, februari 1983

H. BEHRENDT

In mijn overzicht over de ziekte van Hodgkin heb ik mij beperkt tot gegevens afkomstig van goed gedocumenteerde klinische onderzoeken. Collega Behrendt wijst terecht op schildklierbeschadiging en groeistoornissen die kunnen optreden als gevolg van bestraling in de kinderjaren.^{1,2} Daar staat tegenover dat chemotherapie evenmin ongevaarlijk is en met name bij jongens blijvende steriliteit kan veroorzaken.^{2,3} In een recent overzicht van de huidige kennis en de te verwachten ontwikkelingen van de behandeling van kinderen wordt gesteld: „Radiotherapy will remain a major modality in the treatment of pediatric Hodgkin's disease”.⁴

Uit de meest recente publikaties over de behandeling van kinderen met de ziekte van Hodgkin blijkt dat in grote centra de radiotherapie nog steeds dezelfde plaats inneemt als bij de behandeling van volwassenen.⁵ Voor de stellingen over het verband tussen histologie en prognose en over de risico's van stageringslaparotomie zijn geen gegevens; wel zijn er aanwijzingen dat de intensiteit van de chemotherapie belangrijker is voor de kans op ernstige infectieuze complicaties dan het wel of niet beschikken over een milt.⁴ Dit neemt niet weg dat de kanttekeningen van Behrendt waardevol zijn om duidelijk te maken dat nog veel klinisch onderzoek noodzakelijk is, daar de optimale therapie keuze, zeker voor de kinderjaren, nog niet is uitgekristalliseerd.^{2,5,6} Op dit terrein zouden de kinderartsen in Nederland (en Europa) een belangrijke bijdrage kunnen leveren met prospectieve klinische onderzoeken van therapiemodaliteiten ter behandeling van de ziekte van Hodgkin op de kinderleeftijd.

LITERATUUR

- 1 Cramer Ph, Schaison G, Andrieu JM. Maladie de Hodgkin de l'enfant résultats à long terme du traitement. Bull Cancer Paris 1981; 68: 456-64.
- 2 Donaldson SS, Kaplan HS. Complications of treatment of Hodgkin's disease in children. Cancer Treat Rep 1982; 66: 977-89.
- 3 Green DM, Brechner ML, Lindsay AN, et al. Gonadal function in pediatric patients following treatment for Hodgkin's disease. Med Pediatr Oncol 1981; 9: 235-44.
- 4 Donaldson SS. Pediatric Hodgkin's disease: Focus on the future. In: Eys J van, Sullivan MP, eds. Status of the curability of childhood cancers. New York: Raven Press, 1980: 235-49.
- 5 Sullivan MP, Fuller LM, Chen T, et al. Intergroup Hodgkin's disease in children study of stages I and II: a preliminary report. Cancer Treat Rep 1982; 66: 937-47.
- 6 Jenkin D, Chan H, Freedman M, et al. Hodgkin's disease in children: treatment results with MOPP and low dose, extended field irradiation. Cancer Treat Rep 1982; 66: 949-59.

Nijmegen, februari 1983

C. HAANEN