

worden. Om het perspectief te vergroten moeten we ons gezichtspunt veel ruimer kiezen. Een keuze die als vanzelfsprekend ontstaat als we ons heel diep bewust zijn van het proces dat zich afspeelt tussen moeder en kind. Tijdens de zwangerschap groeit in de moeder een nieuw wezen (mysterie van het leven). Bij de geboorte het leven dat zich een weg baant om deel te nemen aan onze levensvorm (creatieve werking en scheppingsdaad waar moeder en kind beiden aan deelnemen). Na de geboorte blijft nog geruime tijd een symbiotische relatie tussen beiden bestaan. Vanaf het allereerste moment van samenzijn van moeder en kind kunnen we spreken van een dyadische relatie, een tweeenheid of een oer-wij (afspiegeling van de Goddelijke Drie-Eenheid). Nieuwe dimensies zijn op deze wijze toegevoegd. Het mysterie van het leven maakt zich kenbaar in een zachte fluistering, je moet wel je oren goed openzetten.

De dyadische relatie, de oer-wij, een zwakke afspiegeling van de Goddelijke Drie-Eenheid. Het is mijn stellige overtuiging dat deze dimensies de kracht verlenen aan de emancipatie van de vrouw. Aan een verlevendiging van het vrouwelijke aspect op elk niveau, in de vrouwenbewegingen, in de zakenwereld, in de politiek en in de theologie. Daardoor kan ons wereldbeeld veranderen in positieve richting. Door de extra-dimensies wordt het beeld van de postnatale depressies duidelijker. De term „postnataal” blijkt dan ineens gelukkig gekozen. Immers, de moeder neemt gedurende lange tijd opnieuw deel aan een geboorteproces.

Bij de vrouw met een postnatale depressie komen we er meestal snel achter, dat zij er niet in geslaagd is om zelf volwassen en rijp te worden. Om alle mogelijke redenen kan dit mislukt zijn. Zij is er niet in geslaagd om een eigen identiteit en een eigen onafhankelijke levensinstelling te ontwikkelen. In de dyadische moeder-kind-relatie heeft de vrouw in ieder geval twee capaciteiten nodig. Namelijk een zo goed mogelijke eigen, onafhankelijke levensinstelling en het vermogen om alsnog zelf als kind te zamen met haar groeiend kind mee te moduleren. Als zij deze beide vermogens mist dan treedt er onherroepelijk storing op in het proces. Een verstoring op elk niveau zich met name psychisch, neuro-vegetatief en neuro-endocrien manifesterend. Een organisme in nood, in distress! De vrouw in de menopauze met haar zelfgestelde diagnose „PND” kunnen we rustig au sérieux nemen tot het tegendeel blijkt!

Tot besluit nog enkele opmerkingen over de behandelingsstrategie. De veelsporige therapie van Koerselman onderschrijf ik en pas die toe voor zover praktisch realiseerbaar. Hormonaal krijgen mijn patiënten in ieder geval dydrogesteron (Duphaston). We moeten echter wel beseffen, dat de hormonale stoornis zich afspeelt op het niveau van de hypothalamus. We weten dat zich hier een LH-RH pulsatiel secretiegebeuren afspeelt met een eigen 24-uursritme. Een verstoring van dit subtiel mechanisme kunnen we (nog niet) doeltreffend beïnvloeden. Het toedienen van progesteron is slechts een zeer grove benadering. Anti-depressiva worden door mij op maat toegediend, beginnend in lichte dosering en dan geleidelijk opklimmend. Ze zijn niet in staat om een echte verbetering te bewerkstelligen. Als een begin van herstel te bespeuren valt en enige motivering is opgetreden volgt voor enkele bevoorrecht een systematische psycho-therapie.

Conclusie: het lijkt mij juist dat de psychiatrie er eerlijk voor uitkomt dat de behandeling, gebaseerd op een te eng medisch model, faalt. In het belang van ieder mens moeten wij erkennen dat psychiatrie ver uitgaat boven ieder geneeskundig specialisme, omdat psychiatrie zich bezighoudt met alle aspecten van de mens en met zijn totaliteit. Het verdient

dringend aanbeveling om extra dimensies in te voeren binnen de psychiatrie.

LITERATUUR

¹ Koerselman GF. Postnatale depressie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 516-7.

Paterswolde, maart 1983

J.P. STUITJE

De reactie van collega Stuitje is voor mij helaas groten-deels onbegrijpelijk. Met zijn conclusie ben ik het in ieder geval fundamenteel oneens. Psychiatrie is, niets meer en niets minder dan een medisch specialisme. Ik heb wat dat betreft niets toe te voegen aan hetgeen ik geschreven heb. Over de identiteit van de psychiatrie als medisch specialisme heb ik overigens eerder in dit Tijdschrift gepubliceerd.¹ Ik moge volstaan met daarnaar te verwijzen.

LITERATUUR

¹ Koerselman GF. Psychiatrie in een algemeen ziekenhuis. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1481-4.

Amsterdam, april 1983

G.F. KOERSELMAN

Chronische varioliforme erosies van de maag

Met belangstelling hebben wij het artikel van Dekker et al. over chronische varioliforme erosies van de maag gelezen.¹ Wel hebben wij moeite met de gemiddelde percentages immunoglobulinen producerende cellen in maagbipten van gezonde controlepersonen en patiënten met niet-specifieke gastritis. Deze verschillen immers sterk met die in de al eerder gepubliceerde literatuur.²⁻⁴ Met name de percentages IgG, IgM, IgE en IgD dragende plasmacellen die zij opgeven zijn veel hoger, terwijl het percentage IgA dragende plasmacellen veel lager is. Naar onze mening wordt dit veroorzaakt door de bepalingmethode. Dekker et al. hebben „in representatieve gebieden cellen geteld met cytoplasmafluorescentie in drie rechthoekige velden, in een rechthoekig vakje in het oculair”. Niet beschreven wordt wat representatief inhoudt. Dit klemmt te meer, daar met de immunofluorescentiemethode histologische oriëntatie moeilijk is en bekend is dat het totale aantal immunoglobuline bevattende cellen niet gelijkmatig over de mucosa verdeeld is.⁴ Dit geldt a fortiori voor focale afwijkingen zoals varioliforme gastritis. Tellingen van de verschillende immunoglobuline-subklassen bevattende cellen dienen dus óf met behulp van dubbelkleuringen óf met behulp van seriecouples van hetzelfde gebied te worden uitgevoerd.

Daarnaast is het belangrijk om de immunoglobuline bevattende cellen niet alleen per oppervlakte-eenheid (per mm² lamina propria-oppervlak), maar ook per lengte-eenheid muscularis mucosae (mm) uit te drukken. Dit is noodzakelijk omdat deze laatste maat de gehele dikte van de mucosabipten in acht neemt en rekening houdt met een toename van het totale aantal immunoglobuline bevattende cellen in de lamina propria. Het aantal cellen per oppervlakte-eenheid of per lengte-eenheid muscularis mucosae (de zg. mucosae tissue unit)⁵ kan hetzelfde zijn bij twee groepen patiënten maar als de dikte van de lamina propria groter is in één groep kan het totale aantal cellen in de twee groepen zeer verschillend zijn.^{5 6} Beide maten kunnen

derhalve leiden tot verschillende percentages immunoglobulinen bevattende cellen. Onzes inziens is de door Dekker et al. gebruikte methode niet geschikt, genoeg om de door hen getrokken conclusies te onderbouwen.

LITERATUUR

- ¹ Dekker W, Walinga H, Balk T, Tytgat GNJ. Chronische varioliforme erosies van de maag; een onderzoek naar de etiologie. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 240-4.
- ² Spreeuwel JP van, Lindeman J, Wal AM van der, Waterman I, Kreuning J, Meijer CJLM. Morphological and immunohistochemical findings in upper gastrointestinal biopsies of patients with Crohn's disease of the ileum and colon. J Clin Pathol 1982; 35: 934-40.
- ³ Crabbé PA, Heremans JF. The distribution of immunoglobulin-containing cells along the human gastrointestinal tract. Gastroenterology 1966; 51: 305.
- ⁴ Brantzaeg P, Baklien K. Immunoglobulin-producing cells in the intestine in health and disease. Clin Gastroenterol 1976; 5: 251-69.
- ⁵ Brantzaeg P, Baklien K, Fausa O, Hoel PS. Immunohistochemical characterization of local immunoglobulin formation in ulcerative colitis. Gastroenterology 1974; 66: 1123-36.
- ⁶ Rosekrans PCM, Meijer CJLM, Wal AM van der, Cornelisse CJ, Lindeman J. Immunoglobulin containing cells in inflammatory bowel disease of the colon (a morphometric and immunohistochemical study). Gut 1980; 21: 941-7.

Delft, februari 1983

J.P. VAN SPREEUWEL
J. LINDEMAN
C.J.L.M. MEIJER

Wij danken de collegae Van Spreeuwel, Lindeman en Meijer voor hun commentaar op de door ons gebruikte methode van bepaling van het percentage immunoglobulinen producerende cellen in de maagmucosa. Toch geven zij ons aanleiding tot een aantal opmerkingen. De gememoreerde verschillen in gemiddelde percentages in ons onderzoek en die in de literatuur zullen onzes inziens waarschijnlijk niet samenhangen met de onderzochte representatieve gebieden. Daarom zullen wij verduidelijken wat wij hebben bedoeld met de term representatieve gebieden. Van het ingevroren maagslijmvlies, hetzij lisbiopten, hetzij forcepsbiopten is altijd eerst in vriescoupe een hematoxylineeosinekleuring gemaakt voor lichtmicroscopische beoordeling en ter oriëntatie. Daarna zijn van de diverse biopten 2 µm dikke seriecoupes gesneden, die in serie zijn geïncubeerd met de 5 antisera, waaraan toegevoegd een negatieve controle. Ook in de zeer zwakke achtergrondkleur bij fluorescentie-onderzoek is het mogelijk zich in het maagbiopt te oriënteren, zeker wanneer het lichtmicroscopische beeld bekend is. Bij de telling van de diverse immunoglobulinen producerende plasmacellen zijn de rechthoekige gebieden in het oculair steeds zo gekozen dat deze in de achtereenvolgende seriecoupes ongeveer overeenkwamen, zoals ook in het commentaar wordt aangegeven. Er is dus steeds naar gestreefd om de immunoglobulinen producerende plasmacellen te tellen in dezelfde representatieve gebieden, d.w.z. bij de gebieden met varioliforme erosies met histologische kenmerken van de erosie. Daar wij niet het absolute aantal fluorescerende cellen bij de verschillende patiëntengroepen wilden tellen, maar uitsluitend de procentuele verdeling van de verschillende immunoglobulinen producerende plasmacellen in het infiltraat hebben onderzocht, is het uitdrukken van het aantal fluorescerende cellen per lengte-eenheid muscularis mucosae onzes inziens niet relevant. Wel is van belang dat een voldoende aantal fluorescerende cellen wordt geteld. Daar zowel bij de varioliforme erosies als bij de chronische, niet-specifieke ontstekingen meer plasmacellen per oppervlakte-eenheid aanwezig waren dan bij de normale controlepersonen, hebben wij om aan een voldoende aantal fluorescerende

plasmacellen te komen (100 tot 300) in de beide eerste groepen geteld met een objectief 40 ×, en bij de controles met een objectief 25 ×. Zoals blijkt uit onze resultaten waren er geen significante verschillen in het percentage immunoglobulinen producerende cellen bij vergelijking van de onderzochte patiëntengroepen met elkaar.

Haarlem, maart 1983

W. DEKKER
H. WALINGA
T. BALK
G.N.J. TYTGAT

Van chronische naar terminale nierinsufficiëntie: een onvermijdelijke sequentie?

In de discussie over de waarde van vroeg ingestelde eiwitbeperking bij patiënten met nierinsufficiëntie^{1,2} komen drie punten aan de orde die om nader commentaar vragen:

1. Er zijn ongetwijfeld sterke aanwijzingen dat behandeling met een eiwit- en fosfaatbeperkt dieet van invloed kan zijn op het beloop van de ziekte. Zoals Donker al heeft aangegeven, wordt de snelheid van progressie van de nierziekte echter ook bepaald door andere factoren, waaronder hypertensie en de aard van het grondlijden. Het advies om alle patiënten met nierinsufficiëntie in een vroeg stadium met eiwitbeperking te behandelen is daarom enigszins ongenueanceerd. Alleen als men enige zekerheid heeft dat de andere genoemde factoren een ondergeschikte rol spelen bij de progressie, zou men tot een dergelijke maatregel kunnen besluiten. Wij zijn het met Jordans eens dat ook bij deskundige begeleiding een dieet met 0,6 g/kg eiwit per dag een ingrijpende maatregel is. Voor een volwassene van 70 kg zou zo'n dieet bijvoorbeeld de volgende eiwithoudende producten mogen bevatten: 100 g vlees (20 g eiwit), 1 aardappel en 100 g groenten (3 g eiwit), 4 sneden brood (8 g eiwit), en 30 g rookvlees (10 g eiwit). Andere eiwitrijke producten zoals melk, kaas en eieren zijn dan verboden. Zo'n strenge dieetbeperking moet inderdaad gebaseerd zijn op een zorgvuldige en op elke patiënt afzonderlijk afgestemde „kosten-batenanalyse”.

2. De opvatting van Jordans dat bij de vaststelling van een optimale hoeveelheid eiwit in het dieet rekening gehouden moet worden met het eiwitverlies door de nier berust op een misverstand dat men ook wel in de literatuur vindt. Het heeft zelfs geleid tot het advies om per 4 g proteïnurie 10 gram extra eiwit aan het dieet toe te voegen.³ Daarbij veronderstelt men door grotere eiwitopneming het eiwitgehalte in het bloed te kunnen verhogen. Dit geldt alleen in het extreme geval dat de dagelijkse netto-eiwitopneming lager is dan de minimale hoeveelheid nodig om de stikstofbalans te handhaven (0,3 g/kg). Daarboven is zo'n directe relatie theoretisch onwaarschijnlijk omdat bij een normaal katabolisme het eiwitgehalte wordt bepaald door de synthesesnelheid van endogeen eiwit en niet door de opneming van exogeen eiwit. Het probleem spitst zich dus toe op de vraag of er klinische aanwijzingen zijn dat de eiwitsynthese toeneemt als men meer eiwit toedient. Het weinige onderzoek dat hierover is verricht, geeft geen steun aan deze opvatting.^{4,5} Zoals Donker in zijn artikel ook al opmerkte, nam wel de proteïnurie toe tijdens de observatieperiode. Deze toeneming kan in het licht van de huidige theorieën verklaard worden uit glomerulaire hyperfiltratie onder invloed van de verhoogde eiwitbelasting. Al met al zijn er onvoldoende argumenten om aan patiënten met