

rium, Groot Ziekengasthuis, Nieuwstraat 34, 5211 NL 's-Hertogenbosch; telefoon 071-128881, toestel 2765/2764. Veneus bloed moet in een EDTA-buisje worden opgevangen en volgens de standaardprocedure worden afgedraaid. Ongeveer 1 ml van de cellen moet worden vermengd met 9 ml fysiologisch zout. Noteer op het aanvraagformulier „Praeventiefonds”. Het buisje kan per gewone post verzonden worden naar bovenvermeld laboratorium. Eventueel kan verzendingsmateriaal bij het laboratorium aangevraagd worden. Te zijner tijd zullen wij u om informatie verzoeken over de uitkomst van de zwangerschap.

Omdat een zwangerschap bij een insulinebehoefte diabetica niet vaak voorkomt – 0,25 tot 0,50% van alle zwangerschappen – is de medewerking van zoveel mogelijk artsen en patiënten noodzakelijk om tot een significant resultaat te komen. Nadere informatie wordt gaarne verstrekt door J.P. Lips (via tel. 080-514725) of door dr. H.J.H. Kreutzer (via tel. 071-128881, toestel 2764).

Nijmegen,  
's-Hertogenbosch, april 1983

J.P. LIPS  
T.K.A.B. ESKES  
E. DE NOBEL  
H.J.H. KREUTZER

### *Denis Thienpont-prijs parasitologie en mycologie*

Op initiatief van de Janssen Research Foundation te Beerse (België) zal, onder auspiciën van de Koninklijke

Academie voor Geneeskunde van België en de Académie Royale de Médecine de Belgique, de tweejaarlijkse wetenschappelijke Denis Thienpont-prijs ter waarde van \$ 25.000 worden toegekend. De eerste uitreiking zal plaatsvinden in 1985.

De prijs is genoemd naar prof.dr. Denis Thienpont, hoogleraar in de parasitologie aan het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Antwerpen en researchmedewerker bij Janssen Pharmaceutica.

De Denis Thienpont-prijs is bestemd voor één onderzoeker, eventueel met ten hoogste twee medewerkers, die oorspronkelijk werk – gepubliceerd of niet – in verband met fundamenteel of klinisch onderzoek op parasitologisch of mycologisch gebied indient. De kandidaturen moeten vóór 31 december 1984 op daartoe bestemde formulieren, samen met zes exemplaren van de ingezonden werken, toegezonden worden aan de vaste secretaris van één van bovengenoemde Academiën. De jury is samengesteld uit acht leden, verkozen uit beide Academiën, en beurtelings de voorzitter van één van beide Academiën voor Geneeskunde. De jury kan uitgebreid worden met gezaghebbende onderzoekers uit binnen- en (of) buitenland. Over alle problemen in verband met de ontvankelijkheid van de ingediende kandidaturen of met de toekenning van de prijs wordt, zonder mogelijkheid van hoger beroep, door de jury beslist.

Voor inlichtingen, inschrijvingsformulieren en het volledige reglement kan men zich wenden tot het Secretariaat van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België, Hertogstraat 1, 1000 Brussel; tel.: 02/511.78.97 of 513.50.86.

## INGEZONDEN

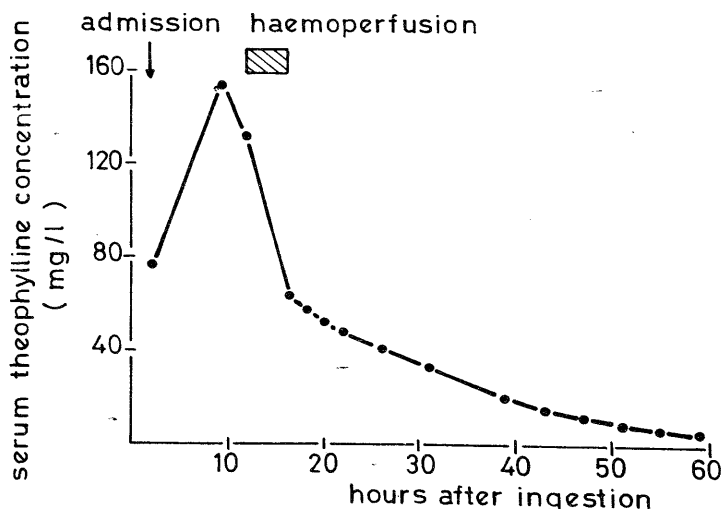
(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

### *Actieve kool – „zwarte kunst”*

Wij lezen met belangstelling het artikel van Ariëns waarin hij het effect van hemoperfusie over actieve kool op de concentratie van theofylline in het serum bij een theofyllinevergiftiging beschrijft.<sup>1</sup> Onlangs behandelden wij een 46-jarige man, die was opgenomen twee uur na inname van een onbekende hoeveelheid theofylline in sustained-release vorm (Theolair retard). Bij opname zagen wij een man, die compos mentis was en die klaagde over misselijkheid en braken. Hij had een sinustachycardie van 110 slagen per minuut, de bloeddruk was normaal (130/80 mmHg) en er bestond een profuus transpireren. Er vond maagspoeling plaats, actieve kool (1 g per kg lichaamsgewicht) en natriumsulfaat (30 g=100 ml) als laxans werden via de maagsonde achtergelaten in de maag. De theofyllineconcentratie in het serum was 77 mg/l (normale waarden 10-15 mg/l; bepaald met behulp van Emit). Omdat er geen levenbedreigende symptomen aanwezig waren, besloten wij verder af te wachten, terwijl de patiënt werd opgenomen op de intensive care-afdeling. De eerste uren na opname was er regelmatig diarree. Acht uur na opname was de polsfrequentie verder opgelopen tot 100 slagen per minuut en braakte patiënt voortdurend. De theofyllineconcentratie in het serum bleek te zijn gestegen tot 154 mg/l. Besloten werd tot hemoperfusie over actieve kool (Gambro adsorba 300 C) gedurende 4 uur. Er was tijdens de hemoperfusie een snelle daling van de theofyllineconcentratie in het serum (figuur).

Gelijktijdig met deze daling verminderden de symptomen bij de patiënt.

In tegenstelling tot Connell et al. naar wie door Ariëns was gerefereerd, vonden wij na het stoppen van de hemoperfusie geen stijging van de theofyllineconcentratie in het serum. Wij hebben het vermoeden, dat deze tweede stijging niet alleen nalevering is vanuit de weefsels, maar waarschijnlijk vooral het gevolg is van voortgaande opname



vanuit het maagdarmkanaal. Als gevolg van de opgewekte diarree door het laxerend middel, te zamen met de actieve kool toegediend, wordt de absorptie verminderd, hetgeen de afwezigheid van de nieuwe stijging na het staken van de hemoperfusie kan verklaren. In het artikel van Ariëns wordt terecht veel aandacht geschonken aan het belang van actieve-kooltoediening. Men dient er evenwel bedacht op te zijn, dat het achterlaten van actieve kool in de maag bij brakende patiënten een verminderde effectiviteit kan betekenen. Hoewel niet is aangegeven in het artikel zijn wij van mening, dat het opwekken van een goede laxatie van uitermate groot belang is om de toxische stof te elimineren uit het lichaam. Wij zijn het met Ariëns eens, dat men voor de ernst van de vergiftiging niet zonder meer een blind vertrouwen moet hebben in de concentratie in het serum. Men dient deze concentratie altijd te relateren aan het klinische beeld.

Vergiftigingen met preparaten met een vertraagde afgifte van de stof in het maagdarmkanaal lijken gevaarlijker dan vergiftigingen met stoffen in normale vorm. Dit betekent, dat patiënten met dit soort vergiftigingen voortdurend moeten worden bewaakt op een intensive care-afdeling.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Ariëns E.J. Actieve kool- „zwarte kunst”. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 592-7.

Utrecht, april 1983

R.G. VAN KESTEREN  
A. VAN DIJK

Zoals in het commentaar van Van Kesteren en Van Dijk terecht wordt opgemerkt, kan een stijging in de serumconcentratie van een geneesmiddel, in dit geval theofylline, na hemoperfusie ook samenhangen met in het geding zijn van een preparaat met vertraagde afgifte en(of) een hepatocirculatoire kringloop, uitscheiding via de gal dus. Het betrokken voorbeeld, afkomstig van J.M.C. Connell et al., betreft inderdaad een geval van zelfvergiftiging met een „sustained-release” preparaat van aminofylline. Nalevering uit de weefsels kan uiteraard ook tot het genoemde verschijnsel leiden.

Overigens zal in het bijzonder in geval van vergiftiging met preparaten met een vertraagde afgifte en dus vertraagde resorptie vanuit de maag-darmtractus, langdurig oraal toedienen van actieve kool als antidotum extra goede perspectieven bieden. Het wegvangen van de stof nog voordat die tot resorptie komt, verdient de voorkeur boven het na resorptie met behulp van hemoperfusie verwijderen ervan uit het plasma.

In het algemeen kan gesteld worden dat in die gevallen dat hemoperfusie wordt toegepast ter behandeling van vergiftigingen ook, en wel zo snel mogelijk, langdurig voortgezette orale toediening van actieve kool op haar plaats is. Dit geldt niet alleen in geval van orale maar ook bij parenterale opname van het vergift, het laatste in het bijzonder voor stoffen met een zekere lipofiliteit zoals bijv. de meeste psychopharmaca. Niet zelden zal bij vroegtijdig oraal toedienen van actieve kool hemoperfusie overbodig blijken. Nalaten van toedienen van actieve kool langs orale weg betekent dat de patiënt tekort gedaan wordt. Het additioneel geven van een saline laxans – andere laxantia worden door binding aan kool onwerkzaam – kan tot een versnelde uitdrijving van het – dan goeddeels door binding aan kool uitgeschakelde – in de tractus digestivus aanwezige vergift bijdragen.

Nijmegen, april 1983

E.J. ARIËNS

## *De ontbijttest, een eenvoudige methode ter opsporing van diabetes mellitus bij zwangeren*

Het artikel van Que et al. heeft mij wat verbaasd.<sup>1</sup> Zij beschrijven een ontbijttest ter opsporing van (onbekende) diabetes bij zwangeren ter voorkoming van complicaties in de zwangerschap in het laatste trimester en kozen als diagnostische tijdsperiode de 24e-28e week.

Reeds veel onderzoekers hebben zich moeite getroost om met eenvoudige tests een zwangerschapsdiabetes op te sporen. Ten onzent beschreven Radder en Terpstra een lunch-tolerantietest (LTT), die zij – terecht – ook in de eerste zes maanden van de zwangerschap gebruikten.<sup>2, 3</sup> Wanneer de schrijvers in hun inleiding wijzen op de gevaren van zwangerschapsdiabetes voor moeder en kind en pleiten voor een behandeling ter voorkoming van de gevaren, dan is het wat vreemd wanneer in zo'n laat stadium van de graviditeit pas diagnostiek lijkt te worden bedreven. Ik neem aan dat dit onderzoek bij een belaste verloskundige anamnese veel vroeger plaatsvindt, doch ook (of juist?) bij een onbekende diabetes in de zwangerschap is de diagnose uitzonderlijk belangrijk en dan wel zo vroeg mogelijk wegens de invloed van de koolhydraatstofwisselingsstoornis tijdens de foetogenese, derhalve in de eerste 60 dagen.

Beperking van de perinatale sterfte door andere oorzaken dan congenitale afwijkingen ten gevolge van zwangerschapsdiabetes is alleen te bereiken door zéér vroegtijdige diagnostiek,<sup>4</sup> en intensieve behandeling,<sup>5</sup> waarbij „overbelasting van het laboratorium” geen rol mag spelen. Overlast aan de zwangere kan beperkt worden door een eenvoudige bepaling van het nuchter bloedsuikergehalte (kleiner dan 6,0 mmol/l) en een willekeurig postprandiaal bloedsuikergehalte (kleiner dan 8,0 mmol/l),<sup>6</sup> waarna bij hogere waarden een orale glucosebelastingsproef met 100 gram glucose (WHO) geïndiceerd is; de last mag opwegen tegen de lust van een gezonde zwangerschap voor moeder en kind.

Het is jammer dat de schrijvers hun ervaringen met de ontbijttest niet mededelen over het eerste trimester van de zwangerschap.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Que DG, Landman H, Huisjes HJ, Fidler V. De ontbijttest, een eenvoudige methode ter opsporing van diabetes mellitus bij zwangeren. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 412-6.

<sup>2</sup> Radder JK. Bloedglucosebepalingen rond de lunch in het derde trimester van de zwangerschap. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 445.

<sup>3</sup> Radder JK, Terpstra J. Comparison of postprandial (lunch tolerance) and post glucose (oral glucose tolerance) blood sugar values in pregnancy. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 1980; 10: 163.

<sup>4</sup> Gabbe SG. Diabetes mellitus in pregnancy. Have all the problems been solved? Am J Med 1981; 70: 613.

<sup>5</sup> Roversi GD, Gargiulo M, Nicolini U, et al. A new approach to the treatment of diabetic pregnant women. Am J Obstet Gynecol 1979; 135: 567.

<sup>6</sup> Wereldgezondheidsorganisatie. WHO Tech Rep Ser 1980; no 646.

Utrecht, maart 1983

A.F.P.M. VERHOEVEN

De verbazing is wederzijds. Radder en Terpstra<sup>1, 2</sup> verichtten hun lunch-tolerantietest in het derde trimester, niet als een screeningsprocedure maar om diabetes mellitus te diagnostiseren. Ook de volgende twee referenties kloppen niet. In het artikel van Gabbe<sup>3</sup> heb ik nergens de aan hem toegeschreven bewering kunnen vinden en dat Roversi et al.<sup>4</sup> goede resultaten bereiken met insulinebehandeling tot de maximaal getolereerde dosis ook bij zwangerschapsdia-