

beschreven door Speelman e.a.³ Hierbij werden in 4 uur tijd 240 bolletjes van elk 2 g cocaïne, verpakt in aluminiumfolie en condooms, verwijderd. Dit is minstens 240 maal de letale dosis.⁴ Darmreiniging door lavage is een snellere methode dan door middel van orale laxantia en is minder ingrijpend dan een laparotomie. Een voorwaarde hierbij is uiteraard dat de patiënt niet comateus is.

LITERATUUR

- 1 Geerling J, Kastelein JJP, Batchelor DA. Het koeriersyndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 874-6.
- 2 Suarez CA, Arango A, Lester III JL. Cocaine condom ingestion. Surgical treatment. JAMA 1977; 238: 1391-2.
- 3 Speelman P, Bartsman JFWM, Huibregtse K, et al. Reiniging van het colon door totale darmspoeling. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1435-56.
- 4 Moeschlin S. Klinik und Therapie der Vergiftungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1981.

Haarlem, mei 1983

A.H. MUDDE
W. DEKKER

het contact met haar op dat zij het wat langzame, „kleverige” karakter had dat typerend wordt geacht voor epilepsie. Onze vraagtekens bij de diagnose epilepsie betroffen dan ook niet zozeer de cerebrale origine van de symptomen als wel de eventuele lokale oorzaak hiervoor, waarbij wij dachten aan het bestaan van een hersentumor of een vasculair lijden.

Het ECG is gemaakt omdat bij patiënte drie jaar voordien een cLBTB was vastgesteld. Dit tweede ECG was t.o.v. het laatste volkomen onveranderd, hetgeen het bestaan van Adams-Stokes-aanvallen uiteraard niet uitsluit. De bovengenoemde feiten waren voor ons evenwel reden om niet verder te zoeken in cardiologische richting. Dit maakt de suggestie van collega Claessens om bij aanvallen van bewustzijnsverlies cardiologische oorzaken d.m.v. door hem genoemde technieken uit te sluiten c.q. te bevestigen, echter niet minder waardevol.

Nijmegen, juni 1983

W.J.H.M. VAN DEN BOSCH
F.J.A. HUYGEN

Een familiedrama

In een klinische les beschrijven Van den Bosch en Huijgen de dramatische gebeurtenissen rond het overlijden van een patiënte, die voordien frequent collabeerde. In hun slotbeschouwing bezien zij kritisch hun eigen handelwijze en die van andere, bij de behandeling betrokken collegae. Daarbij lijkt het mij van belang het volgende op te merken: als oorzaak van het collabereren wordt epilepsie genoemd, een diagnose waar de auteurs kennelijk niet gelukkig mee zijn daar ze er een vraagteken bij plaatsen. Zou het niet mogelijk zijn dat patiënte Adams-Stokes-aanvallen had? Immers, uitdrukkelijk wordt vermeld dat het ECG een compleet linker bundeltakblok (cLBTB) liet zien. Dit wijst op een ernstig defect in de intraventriculaire geleiding, dat te allen tijde, ook passagère kan verergeren. Bovendien is een cLBTB meestal een teken van belangrijk coronaria- of myocardlijden, dat zelf aanleiding kan geven tot rytme-stoornissen, die gepaard gaan met duizeligheid of collaps. Bekend zijn vooral de kamertachycardiën. Mijn indruk is, dat enig verdergaand cardiologisch onderzoek (24-uurs-Holterelektrocardiografie, Hisbundelcatheterisatie) wat dit betreft de oplossing had kunnen brengen.

LITERATUUR

- 1 Bosch WJ van den, Huygen FJA. Een familiedrama. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 897-900.

Rosmalen, mei 1983

R.J.J. CLAESSENS

Het stemt ons tot vreugde dat een cardioloog de moeite neemt te reageren op onze klinische les. Als wij de informatie, zoals deze op papier staat, nader bekijken zijn wij het volkomen met collega Claessens eens dat Adams-Stokes-aanvallen het beeld van patiënte zouden kunnen verklaren. Er zijn echter een aantal feiten die deze diagnose wat minder waarschijnlijk maken, feiten die gezien de strekking van het verhaal niet alle in de klinische les werden vermeld. Patiënte voelde de meeste aanvallen kort van te voren aankomen. Ook de neuroloog sprak van auraverschijnselen. Patiënte reageerde op anti-epileptica met vermindering van het aantal aanvallen, hoewel het moeilijk was haar goed in te stellen. De aanval die in het begin van het verhaal beschreven is, ontstond dan ook toen patiënte deze medicatie op eigen houtje had verminderd. Verder viel in

Katayamasyndroom bij schistosomiasis

De klinische les van L.C.F.M. Wetsteyn en J.H. van Lijf en de casuïstische mededeling van J. de Nie geven mij aanleiding tot een enkele aanvullende opmerking.^{1 2}

Wetsteyn en Van Lijf schrijven o.m.: men beschouwt het syndroom als een immunologische aandoening. De Nie schrijft in de samenvatting: waarschijnlijk is het een allergische reactie op antigenen, die de in de lever rijpende wormen produceren. De auteurs wekken daarmee de indruk, dat er weinig met zekerheid bekend is over de immuno-reacties, die bij schistosomiasis ontstaan. Deze indruk is niet overeenkomstig de feiten.

In 1968 werd op de afdeling Longziekten van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt een Surinaamse man opgenomen, oud 28 jaar, met een fijngevlekt longbeeld en eosinofilie. De vraag, die ons gesteld werd, luidde: is hier sprake van histiocytosis X? Deze vraag kon direct ontkennend beantwoord worden. De anamnese en het algemeen lichamelijke onderzoek wezen eigenlijk direct in de richting van een parasitaire aandoening. De eosinofilie van 60% leek daarbij een belangrijke aanwijzing. Gedurende de eerste drie weken van de opname gelukte het niet om eieren van een daarvoor in aanmerking komende parasiet in faeces en urine te vinden. Daarna werden in het laboratorium van prof. Bruyning te Leiden talrijke eieren van *S. Mansoni* in de faeces gevonden. De serumreactie werd door hem tevens bepaald. Deze was positief met een titer van 1/64.

Inmiddels hadden wij het Rode Kruis Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst te Amsterdam gevraagd om een gedetailleerde bepaling van de (globaal) sterk verhoogde immunoglobulines. De gammaglobulines werden als volgt gedifferentieerd: IgA normaal; IgM licht verhoogd; IgG verhoogd; IgD negatief; IgE zeer sterk verhoogd: ca. 37.500 E/ml. (normaal <100 E/ml) (mw. Reerink-Brongers). Deze bevinding werd bij herhaald onderzoek geverifieerd. Bij de aancontrole bleek, dat deze zeer hoge IgE-titers circa een jaar na de infectie nog bestonden. Pas daarna zijn ze geleidelijk tot de norm gedaald. Wat betreft de longafwijkingen: via longbiopsie werd een immuno-reactie gevonden van het delayed reaction type III volgens Gell en Coombs: een allergische alveolitis.

In de destijds door mij geraadpleegde literatuur vond ik

bij herhaling een dergelijke pathologisch-anatomische typering van de longafwijkingen, die gevonden worden korte tijd na de infectie van niet-immune personen. Deze longafwijkingen zijn reversibel en geven geen aanleiding tot longfibrosis. In tegenstelling hiermee wordt de immuno-reactie, die ontstaat als gevolg van de invasie van door de geslachtsrijpe wormen geproduceerde eieren, beschreven als de granuloomvormende delayed reaction type IV. Deze leidt tot ernstige fibrosering en oblitererende vasculitis in de lever (*S. Mansoni* en *S. Japonicum*) en in de longen (*S. haematobium*), met respectievelijk portale en pulmonale hypertensie als gevolg. In de literatuur zijn een aantal gevallen beschreven, waarbij de infectie van niet-immune personen een letaal beloop nam, doordat de longafwijkingen zo uitgebreid waren, dat een dodelijke hypoxie het gevolg was.³⁻¹⁰ Nu bekend is, dat deze longafwijkingen berusten op een allergische alveolitis, zal tijdige behandeling met corticosteroiden een fatale afloop waarschijnlijk kunnen voorkomen. De ernst van de longafwijkingen kan onvoldoende geschat worden aan de hand van de op de röntgenfoto zichtbare schaduwen. Bepaling van de arteriële zuurstofspanning en zuurstofsaturatie is daarom altijd nodig. De uitslag van deze bepaling beslist of toediening van corticosteroiden wenselijk is.

Omdat het aantal in de literatuur vermelde gevallen van Katayamasyndroom met dodelijke afloop vrij groot is, leek mij deze aanvulling van belang.

LITERATUUR

- ¹ Wetsteyn LCFM, Lijf JH van. Een echtpaar met koorts en eosinofilie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 361-3.
- ² Nie J de. Het Katayamasyndroom in Suriname. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 372-3.
- ³ Chaves E. Am J Trop Med Hyg 1966; 15: no 2.
- ⁴ Tizes, Zakin, Minkowitz. Am J Trop Med Hyg 1967; 16: 595.
- ⁵ Sadow, Anderson, Williams. J Exp Parasitol 1961-1967.
- ⁶ Jawahiry, Karpas. Am Rev Resp Dis 1963; 88: 517-27.
- ⁷ Warren, Domino, Cowan. Am J Pathol 1967; 73: 6-56.
- ⁸ Domino, Warren. Am J Trop Med Hyg 1968; 17: 757-67.
- ⁹ Capron A, Vernes A, Biguet JP, Tran van Ky. Ann Soc Belg Med Trop 1967; 47: 127-42.
- ¹⁰ Langen C de. Lille Med 1971; 16: 715-8.

Almen, maart 1983

C. DE LANGEN

Wij danken collega De Langen voor zijn reactie. Over de beschreven patiënt zouden vele opmerkingen te maken zijn, die kort samengevat kunnen worden met: heeft hij bij zijn patiënt ook de diagnose Katayamasyndroom gesteld? De immunologie van de schistosomiasis heeft sedert 1968 een grote vlucht genomen. Het acute toxemische stadium is vergelijkbaar met serumziekte:¹ de overmaat aan antigeen levert bij het op gang komen van de antistofproductie, kleine circulerende immuuncomplexen op, die niet snel uit de circulatie worden geklaard en een vasculitisbeeld veroorzaken. Dit is een voorbijgaand fenomeen, dat ernstig kan verlopen, maar dan vooral bij besmetting met *Schistosoma japonicum*.

In ons geval hebben we in de periode vóór de diagnose was gesteld geen corticosteroiden gegeven omdat dodelijke gevallen bij *Schistosoma mansoni* ons uit de literatuur niet bekend zijn, al vermeldt het leerboek van Manson-Bahr² dat „heavy primary infection in non-immune individuals can be fatal as it was in the last war in West Africa and still is in immigrant labour on large irrigation schemes in the Sudan”.

We hebben wel rekening gehouden met een verergering van de symptomen tijdens de behandeling; we hebben de patiënten hierover ingelicht en hun uit voorzorg antihista-

minica en hydrocortison meegegeven. Tevens waren de huisarts en de behandelende en dienstdoende internist ingelicht.

De vermelde literatuur schraagt de bewering van collega De Langen niet. Wij hebben niet gesproken over de immunologische reacties die ten grondslag liggen aan de irreversibele chronische lever- en longafwijkingen, omdat die aspecten buiten het bestek van de klinische les vallen.

LITERATUUR

- ¹ Cohen S, Sudan E. In: Immunology of parasitic infections. Oxford: Blackwell scientific publications, 1970.
- ² Manson-Bahr PEC, Apted FIC. Manson's tropical diseases. 18th ed. London: Ballière Tindall, 1982.

Amsterdam, april 1983

J.C.F.M. WETSTEYN
J.H. VAN LIJF

De Russische roulette van de pyrazolonen

Naar aanleiding van het voortreffelijke artikel van Offerhaus¹ heb ik nog twee vragen. Van fenylbutazon, oxyfenbutazon en indometacine worden onaanvaardbare bijwerkingen genoemd. Was deze opsomming uitputtend of zijn er in de groep antirheumatica nog meer laakbare middelen?

Bij de behandeling van (ureter)koliekpijn geeft hij als alternatief voor het gebruik van novaminsulfon bevattende combinaties diclofenac. Aangezien patiënten met koliekpijn zich veelvuldig in de eerstelijns afdelingen, zou ik graag meer vernemen over propantheline en butylscopolamine en de mogelijkheid van intramusculaire toediening ervan.

LITERATUUR

- ¹ Offerhaus L. De Russische roulette van de pyrazolonen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 638-42.

Maastricht, mei 1983

J. ZUIDWEG

Het was uitdrukkelijk niet de bedoeling van mijn artikel om alle ernstige bijwerkingen van alle niet-steroidale anti-inflammatoire middelen onder de loep te nemen. Daarvoor kan ik briefschrijver beter verwijzen naar de diverse delen van „Side effects of drugs”¹ of naar overzichtsartikelen.^{2, 3}

Met name de aspecten van het ulcerogene vermogen en de nefro- en hepatotoxiciteit zijn niet aan de orde gekomen. De voorstanders van het gebruik van novaminsulfonhoudende combinatie-analgetica bij ernstige koliekpijnen plegen er steeds op te wijzen, dat er geen bruikbare alternatieven zijn. Toch ziet het er naar uit, dat het ontbreken van dergelijke middelen uit het farmacotherapeutische armamentarium in de Scandinavische landen, Engeland en de Verenigde Staten nooit een probleem geweest is, en dat ook de artsen de redelijkheid van een verbod van dit middel hebben ingezien. De enkele door mij genoemde alternatieven kunnen zonder bezwaar intramusculair worden ingespoten. De ervaring is, dat het geven van een anticholinergisch werkend spasmolyticum alléén bij ernstige gal- of nierkolieken meestal onvoldoende is. In deze situatie hebben butylscopolamine en propantheline ten opzichte van de krachtiger werkzame atropine het voordeel van een geringere penetratie in het centrale zenuwstelsel, en daardoor minder centrale bijwerkingen.⁴ Ook theofylline is voor dit doel aangeraden.⁴ In het algemeen zal men het echter niet zonder een pharmacon met analgetische werking kunnen stellen. De theoretische basis voor het toepassen van niet-steroidale anti-inflammatoire middelen als diclofenac is