

vrouwen die zwanger werden zonder directe behoefte aan een graviditeit. Bijna alle vrouwen hadden de coitus 12 weken na de partus hervat en ongeveer een derde van de vrouwen omstreeks de 6e week post partum, meestal vóór het controlebezoek omstreeks deze tijd. De frequentie post partum lag lager dan vóór de zwangerschap. Wat betreft de libido van de vrouw werd vooral in het derde trimester een sterke terugval geconstateerd. Drie maanden post partum vond 2/3 van de vrouwen seks wel weer aangenaam, ondanks het feit dat 40% nog over pijn of moeheid klaagde. Na een jaar was het percentage vrouwen met plezierige seks-beleving tot 80 gestegen en kwam overeen met het aantal vóór de conceptie. Er bleek een duidelijk verband te bestaan tussen een lage coitusfrequentie en abortus of

subfertiliteit in de anamnese, huwelijksmoeilijkheden en depressies of angst de foetus te beschadigen. Factoren als misselijkheid, braken, langdurige baring, kunstverlossing of het geven van borstvoeding hadden vrijwel geen invloed op de moederlijke seksualiteit. Vrouwen met een lage coitus-frequentie vóór de conceptie behielden dit patroon tijdens de zwangerschap en post partum. De oorzaken lagen meestal in persoonlijke, sociale of tal van medische zaken.

LITERATUUR

¹ Robson KM, Kumar R. Br J Obstet Gynaecol 1981; 88: 882.

P.G. HART

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Subsidie-aanvraag voor onderzoek op het gebied van reuma en andere verwante stoornissen van het bewegingsapparaat

De Commissie voor Onderzoek van Reuma en Andere Verwante Stoornissen van het Bewegingsapparaat, TNO, wijst onderzoekers in dit gebied op de mogelijkheid tot het doen van een subsidie-aanvraag. Vóór 1 maart 1984 kunnen onderzoekers projecten waarvoor subsidie voor 1985

gevraagd wordt, indienen bij de Coördinator Reumaresearch, mw. M.B.J.A. Janssens, arts, p.a. Gaubius Instituut TNO, Herenstraat 5d, 2313 AD Leiden, telefoon 071-131345, toestel 316. De hiervoor benodigde formulieren kunnen op bovenstaand adres aangevraagd worden.

Door de sedert 1972 bijgehouden inventarisatie van het reuma-onderzoek komt de Commissie aan de hand van prioriteitenstelling tot adviezen voor de financiële hulpverlening aan de betrokken onderzoekers door bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging tot Rheumatiekbestrijding en het Praeventiefonds.

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)

Gevoelloosheid van de kin als symptoom van een maligne ziekte

Naar aanleiding van het oorspronkelijke stuk van Tijssen et al. zou ik gaarne een heel bijzondere doch tragische ziektegeschiedenis uit mijn eigen praktijk aan hun artikel willen toevoegen.¹ Bij mijn patiënt droeg een beenmergpunctie echter niet bij tot het opsporen van de primaire tumor, hetgeen – afgaand op de literatuur – kennelijk een uitzondering op de regel vormde. De oorzakelijke tumor is immers onder meer uit epidemiologisch en immunologisch oogpunt nog steeds van bijzondere betekenis.

Medio september 1982 verscheen op mijn spreekuur een 35-jarige vrouw met sedert enkele weken klachten over een doof gevoel rechts onder de onderlip en sinds een tiental dagen prikkelingen, gevolgd door een doof gevoel in de rechter onderkaak. Twee dagen voor het consult had ze ook bemerkt dat het rechter oog niet meer sloot. Nadere bijzonderheden leverde de anamnese niet op.

Bij het algemene KNO-onderzoek werden geen afwijkingen gevonden behalve een perifere facialisparesis rechts, waarvoor anamnestic noch na uitvoerig aanvullend onderzoek een goede verklaring werd gevonden. In de veronderstelling met een zg. Bell's palsy te maken te hebben werd terstond begonnen met prednison-behandeling volgens het zg. Taverner-schema.² Herstel bleef uit en bij een controle medio oktober 1982 bleek ook een perifere facialisparesis

links te zijn ontstaan, gevolgd door klachten over lage-rugpijn.

Aangezien bij vestibulair onderzoek met behulp van elektronystagmografie aanwijzingen waren gevonden voor een aandoening van het CZS, werd rekening gehouden met een neurofibromatosis die – zoals bekend – o.a. bilaterale brughoektumoren kan geven. Computertomografie van het cerebrum leverde echter niets op.

Geleidelijk ontwikkelde zich het beeld van een polyneuropathie waarbinnen een Bell's palsy overigens zeer wel past.³ Binnen een week nadat patiënte was opgenomen was het hele neurologische beeld zo progressief dat zij eind oktober 1982 met spoed werd overgeplaatst naar de afdeling Neurologie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht (wnd. hoofd: dr. J.J. Jansen). Van het aldaar verrichte zeer uitvoerige onderzoek vermeld ik dat behalve o.a. lichte meningeale prikkelingsverschijnselen en de polyneuropathie, bij cytologisch onderzoek van de liquor cellen werden gevonden, passend bij een non-Hodgkin-lymfoom, waarbij aan een centroblastair of centrocytair type werd gedacht. Een beenmergpunctie leverde geen (kenmerkende) afwijkingen op, maar bij skeletscintigrafie werd een beeld gezien passend bij een Hodgkin-lymfoom in het middelste gedeelte van de rechter femurdiaphyse.

Begin november werd de behandeling begonnen met methotrexaat en prednisolon (Di-Adreson) intrathecaal en vanaf begin december 1982 kreeg patiënte bovendien radiotherapie op de schedel en de wervelkolom. Na een

partiële remissie ontstonden in de eerste helft van januari 1983 grote tumoren in de buik en in de mammae. Uit laatstgenoemde werden bipten genomen waaruit bleek dat bij patiënte een lymfoblastair maligne lymfoom bestond, type Burkitt, over welk ziektebeeld een aantal jaren geleden in dit tijdschrift uitvoerig werd geschreven.⁴ Ondanks algemene chemotherapie met doxorubicine (Adriamycine), cyclofosfamide, prednison en bleomycine verslechterde de algehele toestand zodanig dat patiënte begin maart 1983 overleed.

Bij beschouwing van deze ziektegeschiedenis blijkt dat de eerste klinische uiting van het Burkitt-lymfoom een éénzijdige perifere facialisparesis was, die ten onrechte als een Bell's palsy werd geduid. Tot op heden kwam ik geen tweede voorbeeld van een aldus beginnende Burkitt-tumor tegen. Hoewel bij patiënte een beenmergpunctie – zoals vermeld – de diagnostiek niet verder hielp, blijkt achteraf ook hier een doof gevoel aan één zijde van de kin het werkelijke eerste teken van een maligne tumor te zijn geweest.

LITERATUUR

- ¹ Tijssen CC, Laman DM, Kazzaz BA, Endtz LJ. Gevoelloosheid van de kin als symptoom van een maligne ziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 364-6.

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Hepatitis A na bloedtransfusie. – In de laatste 2 weken van de incubatieperiode van hepatitis A bestaat er een viremie die bij het optreden van de ziektesymptomen verdwijnt. Indien iemand in die periode bloed afstaat kan de ontvanger met het virus worden besmet. Dit doet zich echter zelden voor, waarbij dan nog het bewijs voor deze gang van zaken niet kan worden geleverd. F. Blaine Hollinger et al. vermelden nu een geval waarbij naar zij menen het voor de eerste maal gelukt is dit bewijs serologisch en virologisch sluitend te krijgen. Het betreft een meisje van 10 jaar dat hepatitis A kreeg 31 dagen na erythrocytentransfusie. De cellen waren afgenomen 2 dagen tevoren van een donor die 7 dagen later geel werd. Twee weken later werd hij in een ziekenhuis opgenomen waar de diagnose hepatitis A werd vastgesteld. In het van de donor afkomstige ingevroren plasma dat aan een commercieel centrum was geleverd, kon twee maanden na de bloedafname het HAV-antigeen worden aangetoond. Voor de zeldzaamheid van de HAV-overbrenging langs deze weg geven de schrijvers als redenen: korte duur van de viremie bij de HA-patiënten, het ontbreken van virusdragers, de geringe incidentie van hepatitis A in de Verenigde Staten en de lage vatbaarheid bij volwassenen (de donors) en tenslotte het meestal toedienen van bloed van verschillende donors waardoor de ontvangende patiënt kans heeft ook bloed waarin zich antistoffen bevinden te ontvangen. Deze kunnen eventueel aanwezig virus van een andere donor neutraliseren.

De schrijvers vinden het niet nodig dat er nationale regels komen ter voorkoming van hepatitis A door transfusie. De donors moeten waarschuwen wanneer zij binnen een maand hepatitis A krijgen. De artsen moeten bij het stellen van de diagnose informeren naar het geven van bloed in de

² Jongkees LBW. Facialisverlamming. Ned Tijdschr Geneesk 1975; 119: 313-4.

³ Nieuwmeyer PA, Kock PAM, Visser SL, Feenstra L. Bell's palsy: a polyneuropathy. Clin Otolaryngol 1982; 7: 293.

⁴ Jansen J, Veer MB van 't, Veelen H van, Krul EJ, Blok P. Het Burkitt-lymfoom. Ned Tijdschr Geneesk 1977; 121: 133-39.

Weert, oktober 1983

A.J.E.M. FISCHER

Wij zijn collega Fischer dankbaar voor de interessante mededeling over zijn patiënte. Deze ziektegeschiedenis legt op duidelijke wijze de nadruk op het belang van het herkennen van een zo futiel lijkend verschijnsel als gevoelloosheid van de kin. Een Burkitt-lymfoom als onderliggende oorzaak van dit verschijnsel is éénmaal eerder beschreven in het artikel van Massey et al.¹ Zoals vermeld in ons artikel, is het beenmergpunctaat inderdaad niet in alle gevallen afwijkend.

LITERATUUR

- ¹ Massaey EW, Moore J, Clifford Schold S. Mental neuropathy from systemic cancer. Neurology 1981; 31: 1277-81.

Tilburg

's-Gravenhage, november 1983

C.C. TIJSSEN
D.M. LAMAN
B.A. KAZZAZ
L.J. ENDTZ

voorafgaande periode. Op deze wijze kan besmet bloed worden achterhaald en kunnen ontvangers tijdig profylactisch worden behandeld. (JAMA 1983; 250: 2313-7.)

A.L. NOORDAM

Binnenland

VERGADERINGEN, CONGRESSEN, CURSUSSEN

De Landelijke Vereniging van Arts-assistenten in opleiding tot oogarts zal op 14 januari a.s. in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam een cursus „Uvea” houden. Aanvang: 9.30 uur.

Inlichtingen bij M.Ph. Mourits, tel. 020-923248.

PAOG-cursus „Pre- en postnatale zorg door de huisarts”. – Op 25 en 26 januari a.s. (twee identieke cursusdagen) zal in de Kliniek voor obstetrie en gynaecologie, Ant. Deusinglaan 1, Groningen een cursus „pre- en postnatale zorg door de huisarts” worden gehouden. Aanvang: 8.30 uur.

Inlichtingen bij Bureau Postacademisch Onderwijs, Bloemensingel 1, Groningen; tel. 050-118259.

Op 26 en 27 januari a.s. zal te Leiden een Boerhaave cursus worden gehouden over „Het begrip „kwaliteit van het leven” bij de besluitvorming in de kindergeneeskunde”. Cursusleiders: dr. R.P. Kamphuis en prof. A.Th. Schweizer, beiden te Leiden. De cursus is bestemd voor kinderartsen, huisartsen, verpleegkundigen, psychologen, pastores en degenen die in paramedische beroepen met kinderen in aanraking komen.

Inlichtingen bij de Boerhaave Commissie, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden; tel. 071-148333, toestel 7781.