

¹ Meijler FL. De jongste en de oudste risicofactor. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2353-4.

² Knepper S. De jongste en de oudste risicofactor. (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 330.

Rotterdam, januari 1984

H.K. DE RAADT

Chronisch misbruik van laxantia

Mathus-Vliegen et al. hebben in twee artikelen de aandacht gevestigd op laxantiamisbruik: een veel voorkomende vorm van zelfmedicatie die in een groot aantal gevallen aanleiding kan geven tot morbiditeit.^{1,2} Werkingsmechanisme en gastro-enterologische behandeling worden uitvoerig beschreven, maar aan één belangrijk facet – de laboratoriumdiagnostiek – wordt goeddeels voorbijgegaan, behoudens een opmerking dat „het aantonen van laxantiamisbruik bij een ontkennende patiënt vaak erg moeilijk is”. Ook wij hadden de ervaring dat het stiekem doorzoeken van nachtkastjes en handtasjes een weinig elegante diagnostische methode is. Daarom werd in het Laboratorium voor Toxicologie van het Academisch Ziekenhuis te Leiden een in 1981 beschreven methode ontwikkeld, waarmee een eenmalige dosis van een colonstimulans na 1-2 dagen nog in de urine aangetoond kan worden.³ Dat aan een dergelijke methode behoefte bestond, bleek uit het grote aantal aanvragen tot onderzoek uit binnen- en buitenland.

Tijdens een beoordelingsperiode van drie jaar bleek dat er bij 15 van 81 patiënten bij wie laxantiamisbruik in de differentiële diagnose voorkwam, een laxans in de urine kon worden geïdentificeerd.⁴ In samenwerking met de Poisons Unit van Guy's Hospital te Londen wordt thans het verband tussen laxantia- en diureticamisbruik nader onderzocht. Naar onze ervaring dienen patiënten bij wie later laxantia-abusus kon worden vastgesteld, zich niet altijd in de eerste plaats bij een gastro-enteroloog aan. Wij adviseren daarom, bij alle patiënten met onbegrepen hypokaliëmie, chronische diarree of anorexia nervosa een screening op laxantia in urine uit te voeren.⁵

LITERATUUR

¹ Mathus-Vliegen EMH, Tytgat GNJ. Strooptochten in de gastro-enterologie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 145-7.

² Mathus-Vliegen EMH, Tjoe M, Tytgat GNJ. Chronisch misbruik van laxantia, het cathartische colon; een onderzoek naar het resultaat van een conservatieve behandeling. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 153-7.

³ Wolff FA de, Haas EMJ de, Verweij M. A screening method for establishing laxative abuse. Clin Chem 1981; 27: 914-7.

⁴ Wolff FA de, Edelbroek PM, Haas EJM de, Vermeij P. Experience with a screening method for laxative abuse. Hum Toxicol 1983; 2: 385-9.

⁵ Vecht-van den Bergh R. Anorexia nervosa op oudere leeftijd. Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 105-8.

Londen/Leiden, februari 1984

F.A. DE WOLFF

De klinische les van Mathus-Vliegen en Tytgat laat ons kennis nemen van de enorme metabole en endocriene stoornissen die ontstaan kunnen na abundant gebruik van laxantia.¹ In de ziektegeschiedenis van deze patiënte zijn er enkele symptomen die opvallen: zeer langdurig gebruik van laxantia met het doel te vermageren (ongeveer 10 jaar), sterk verminderd gewicht, 40 kg bij een lengte van 154 cm, langdurige amenorroe en overactiviteit. Uit deze gegevens, gekoppeld aan de leeftijd van patiënte, 32 jaar, meen ik te moeten concluderen dat deze patiënte al jaren lijdt aan

anorexia nervosa. Haar doel tracht zij te verwezenlijken door excessief gebruik van laxantia. Het is jammer dat in deze klinische les er niet op gewezen is, dat bij abnormaal gebruik van laxantia ook de diagnose anorexia nervosa overwogen moet worden. Gezien het bovenstaande had de educatieve waarde van dit artikel veel groter kunnen zijn, waardoor immers een aantal van deze zeer moeilijk te behandelen groep patiënten misschien eerder een juiste behandeling kan krijgen.

LITERATUUR

¹ Mathus-Vliegen EMH, Tytgat GNJ. Strooptochten in de gastro-enterologie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 145-7.

Doorwerth, februari 1984

B.M. LANKESTER-KNAPE

Het artikel van Mathus-Vliegen et al. vestigt onzes inziens terecht de aandacht op de potentieel schadelijke effecten van een aantal groepen laxantia, middelen die als regel zonder recept verkrijgbaar zijn.¹ Tevens wordt terecht gewezen op het gunstige effect van vezelverrijking van de voeding bij obstipatie. Een aantal van de door de auteurs uit het door hen verrichte onderzoek getrokken conclusies gaat ons echter te ver.

In de eerste plaats doet de titel van het artikel vermoeden dat onderzoek is verricht bij patiënten met het cathartische colon, een overigens slecht gedefinieerd ziektebeeld. Uit het artikel zelf blijkt echter dat patiënten werden onderzocht die meedeelden jarenlang laxantia te hebben gebruikt en geen spontane defecatie meer te kunnen krijgen. Het lijkt ons op grond van de verschaftte gegevens waarschijnlijk dat het merendeel der patiënten wel aan obstipatie leed of meende te lijden, maar geen cathartisch colon had. Uit het artikel blijkt niet of de dieetbehandeling voornamelijk slaagde bij patiënten met een gering laxantiagebruik (en een vermoedelijk niet-cathartisch colon).

In de tweede plaats werd het „laxantia-vrij” worden van patiënten niet bevestigd door objectieve gegevens (onderzoek van urine en faeces op laxantia). Het komt ons voor dat vooral bij deze groep patiënten en bij deze groep van vrij verkrijgbare medicamenten het voor de arts verzwegen gebruik aanzienlijk kan zijn, vooral wanneer de arts duidelijk doet blijken het gebruik van deze middelen sterk af te keuren.

Samenvattend kan naar onze mening uit het verrichte onderzoek worden geconcludeerd dat tijdens intensieve diëtetische begeleiding bij een zeker percentage van de geobstipeerde patiënten het gebruik van laxantia kan worden gestaakt, maar niet dat deze behandeling resultaat heeft bij patiënten met een cathartisch colon.

LITERATUUR

¹ Mathus-Vliegen EMH, Tjoe M, Tytgat GNJ. Chronisch misbruik van laxantia, het cathartische colon; een onderzoek naar het resultaat van een conservatieve behandeling. Ned. Tijdschr Geneesk 1984; 128: 153-7.

Utrecht, februari 1984

A.J.P.M. SMOUT
O.J. TEN THIJE

Wij danken de collegae De Wolff, Lankester-Knape, Smout en Ten Thije voor hun waardevolle opmerkingen, die getuigen van het feit, hoe „hoog” ons het laxantiaprobleem kan zitten.

De laboratoriumdiagnostiek, waarop collega De Wolff doelt, werd zeer summier aangestipt in de klinische les, waar

wij mededeelden, dat „bepalen van laxantia in de ontlasting (sulfaten) of urine (difenylmethanen, antrachinonen, magnesium en sulfaten) behulpzaam kan zijn”. De door De Wolff et al. ontwikkelde methode kan inderdaad met grote mate van specificiteit, de meest voorkomende laxantia (bisacodyl, bisoxatine, dantron, oxyfenisatine, fenolftaleïne en rheïne, als metaboliet van sennoside A en (of) B 18 tot 32 uur na inname nog in de urine aantonen. Problematisch blijven echter de – weliswaar minder schadelijke – laxantia die niet uit de difenylmethaan- of antrachinonreeks afkomstig zijn, zoals magnesium, sulfaten e.d.

Terecht stelt collega Lankester, dat de diagnose anorexia nervosa op het puntje van de tong ligt. In 1973 was die diagnose gesteld en psychiatrische hulp aangeboden, maar afgewezen. De literatuur betreffende laxantia-abusus wijst op de ongunstige prognose op langere termijn, indien anorexia nervosa, depressie of hysterie met het trias geneesmiddelen: laxantia, diuretica en analgetica, gepaard gaan. Bewust werd aan de gehele problematiek van de anorexia nervosa voorbijgegaan, omdat de bespreking van de ontstaanswijze van het indrukwekkende klinische beeld prevalearde.

Het zou wenselijk geweest zijn, als de auteurs – zoals collegae Smout en Ten Thije opperen – een juiste definitie geformuleerd hadden van het cathartische colon. Dan ware het mogelijk geweest om precies aan te geven hoeveel patiënten aan deze definitie beantwoordden. De meesten hadden een lang, wijd en atonisch colon en voldeden aan de functionele definitie van ernstige obstipatie, niet meer reagerend op gebruikelijke doses laxeermiddelen, waarbij ook spontane defecatie niet meer mogelijk was. Inderdaad werd het staken van de laxeermiddelen niet door ons geverifieerd door objectieve gegevens, hoewel de pseudomelanosis wel na 4-12 maanden bij rectoscopie bleek te regrediëren. De dieetbehandeling bleek niet geheel parallel te lopen aan de doses van laxantia, deels waarschijnlijk bepaald door uitersten: de patiënt die zich zeer veel moeite moet getroosten om aan laxeermiddelen te komen, zal immers tot het dieet gemotiveerd worden door de wens uit het zo ingrijpende laxantia-leef-en-kooppatroon te geraken, terwijl de patiënt met een geringer aantal laxeermiddelen per dag deze misschien nog zal continueren in de verwachting dat zo'n kleine hoeveelheid toch niet schaadt.

De belangrijkste bedoeling van ons artikel was erop te wijzen, dat het bij een niet onaanzienlijk aantal patiënten mogelijk is de „verslaving” blijvend te doorbreken en dat de „defaitistische” houding die tot voor kort algemeen prevalearde ten aanzien van dit ziektebeeld, misschien herzien moet worden.

Amsterdam, februari 1984 E.M.H. MATHUS-VLIEGEN
G.N.J. TYTGAT

Voorlichting over kankerbehandeling en de media

Enige tijd geleden sprak ik mijn bedenkingen uit over een t.v.-uitzending waarin, op grond van een onderzoek naar de toxiciteit van een bepaalde combinatie cisplatine met radiotherapie, een uitspraak gedaan werd over het resultaat van deze behandeling bij longtumoren.¹ Kern van mijn betoog was dat de desbetreffende onderzoeksgroep veel te vroeg in de publiciteit was getreden, namelijk op een tijdstip dat niemand, ook de onderzoekers niet, zich een mening had kunnen vormen over de therapeutische waarde van deze

nieuwe behandeling. In hun antwoord op mijn artikel gaan de onderzoekers hieraan geheel voorbij.²

Een analoog voorbeeld is te vinden in de recente publiciteit over de werking van tetracyclinen op larynx- of nasopharynx tumoren. Snow die een kritische beschouwing wijdt aan het klinische onderzoek dat wordt aangehaald, schrijft: „De conclusie is dan ook dat geen enkele aanwijzing bestaat dat tetracyclinen een gunstig effect op de overleving van patiënten met kanker op KNO-gebied hebben. Het is te betreuren dat bij patiënten met dergelijke tumoren valse illusies zijn gewekt”.³ Het hoeft geen betoog dat eenzelfde conclusie getrokken moet worden ten aanzien van de publiciteit rondom de combinatie cisplatine met radiotherapie bij longtumoren.

Ik wil daarom nogmaals pleiten voor een actievere rol van de Geneeskundige Inspectie, de KNMG en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde bij de voorlichting aan het grote publiek.

LITERATUUR

- ¹ Dam FSAM van. Voorlichting over kankerbehandeling en de media. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 35-6.
- ² Keizer HJ, Tierie AH, Stam J, Pinedo HM. Voorlichting over kankerbehandeling en de media. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 87-8.
- ³ Snow GB. Tetracyclinen bij kanker. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 261.

Amsterdam, februari 1984

F.S.A.M. VAN DAM

Sinus pilonidalis

Collega Patka stelt dat de secundaire fisteluitbreiding bij de sinus pilonidalis alleen in craniale richting plaatsvindt.¹ Het is echter van belang te beseffen dat ook in caudale richting uitbreiding kan bestaan, soms zelfs lopend tot aan de anus.

Slechts een deel van de acut ontstoken, geabcedeerde, sinussen is geïnfecteerd.^{1,2} Waarschijnlijk bedoelt collega Patka dat het merendeel van de patiënten met *ontsteking* onder behandeling komt? Het onderscheid met infectie is van belang, aangezien de behandeling verschilt.

Het is waarschijnlijk onjuist van een beroepsziekte te spreken. Een onderzoek van Favre en Delacroix onder 1110 militairen met een sinus pilonidalis toonde aan dat een zittend beroep wellicht predisponeert, maar dat meer dan de helft van de patiënten niet gemotoriseerd was.³ Veel meer van belang lijken de habitus van de patiënt en de soort beharing; bijv. ongeacht het beroep komt de ziekte niet of nauwelijks voor bij negers en Japanners.

LITERATUUR

- ¹ Patka P. Sinus pilonidalis. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2075-8.
- ² Swierstra JCC. Poliklinische behandeling van de sinus pilonidalis. Groningen, 1971. Proefschrift.
- ³ Favre R, Delacroix P. A propos de 1110 cas de maladie pilonidale à localisation coccy-périnéale. Mémoires de l'académie de Chirurgie 1964; 21,22,23: 669-76.

Nieuwegein, februari 1984

P.R. SCHÜTTE

Bij een langdurig bestaande sinus pilonidalis en vooral na het doormaken van verscheidene acut verloopende ontstekingen wordt uitbreiding van de sinus pilonidalis ook in caudale richting gezien. In zeldzame gevallen werd een verbinding van de sinus pilonidalis met het rectum beschreven.¹ Ook zeldzaam is de lokalisatie van deze afwijking ventraal van de anus.² De meeste patiënten komen pas