

- ¹¹ Grimes JD, Hassan MN, Preston DN. Adverse neurologic effects of metoclopramide. *Can Med Assoc J* 1982; 126: 23-5.
- ¹² Allan SG. Dystonic reactions to metoclopramide. *Lancet* 1984; i: 283.
- ¹³ Sol P, Pelet B, Guignard JP, Debontridder O. Extrapyramidal reactions due to domperidone. *Lancet* 1980; ii: 802 en 1259.
- ¹⁴ Casteels-van Daele M, Dobosz-Cyklis R, Casseye W van de, Verbeeck P, Wijndaele L. Refusal of further cancer chemotherapy due to antiemetic drug. *Lancet* 1984; i: 57.
- ¹⁵ Leeser J, Bateman DN. Domperidone. *Br Med J* 1985; 290: 241.
- ¹⁶ Weaving A, Bezwoda WR, Derman DP. Seizures after antiemetic treatment with high dose domperidone. Report of four cases. *Br Med J* 1984; 288: 1728.
- ¹⁷ Cameron HA, Reyntjes AJ, Lake-Bakaar G. Cardiac arrest after treatment with intravenous domperidone. *Br Med J* 1985; 290: 160.
- ¹⁸ Joss RA, Goldhirsch A, Brunner KW, Galeazzi RL. Sudden death in cancer patient on high-dose domperidone. *Lancet* 1982; i: 1019.
- ¹⁹ Roussak JB, Carey P, Parry H. Cardiac arrest after treatment with intravenous domperidone. *Br Med J* 1984; 289: 1579.
- ²⁰ Giaccone G, Bertetto O, Calciati A. Two sudden deaths during prophylactic antiemetic treatment with high doses of domperidone and methylprednisolone. *Lancet* 1984; ii: 1336-7.
- ²¹ Pollera CF, Cognetti F, Nardi M, Mazza D. Sudden death after acute dystonic reaction to high-dose metoclopramide. *Lancet* 1984; ii: 460-1.
- ²² Wampler G. The pharmacology and clinical effectiveness of phenothiazines and related drugs for managing chemotherapy-induced emesis. *Drugs* 1983; 25: Suppl 1: 35-51.
- ²³ Cunningham D, Soukop M, Gilchrist NL, Forrest GJ, Hepplestone A, Calder IT. Randomised trial of intravenous high dose metoclopramide and intramuscular chlorpromazine in controlling nausea and vomiting induced by cytotoxic drugs. *Br Med J* 1985; 290: 604-5.

met interesse het antwoord op vraag 57 in de afgelopen jaargang gelezen. De blootstelling aan de verf en het oplosmiddel zal men, bij het gebruik van deze spuiten, vaak niet kunnen voorkómen, omdat de gebruiker meestal juist voor een bepaald doel een bepaalde samenstelling uitkiest. Blootstelling aan het stuwgas kan men, vooral in huis, beperken door gebruik te maken van atmosferische lucht. In plaats van cilinders met stuwgas kan men gebruik maken van een kleine compressor. Dit is evenwel geen goedkope oplossing, daar deze apparaten enkele honderden gulden kosten bij aanschaf en daar boven komen de elektriciteitskosten bij gebruik. Tevens zijn ze de bron van een hinderlijk geluid. Ook kan men zelf een aandrijving voor atmosferische lucht bouwen. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van het aggregaat van een defecte koelkast – goedkoop, maar wel weer een bron van geluid – of van een opgepompte autobinnenband. Zelf heb ik een druksysteem gemaakt van een – ongebruikt – drukvat van een draagbaar sproeisysteem voor onkruidverdelging en een drukregulator.¹

Ofschoon er volgens het antwoord op genoemde vraag, onder bepaalde voorwaarden, geen risico voor de gezondheid is te duchten, kan toch op betrekkelijk eenvoudige wijze een risicofactor worden uitgeschakeld. Tevens kan de – eventuele – aantasting van de ozonlaag in de atmosfeer worden voorkómen.

INGEZONDEN

Is verven met een door gas gedreven spuit gevaarlijk?

Daar ik een beoefenaar ben van modelbouw, waarbij het gebruik van een airbrush of retoucheerspuit hoort, heb ik

LITERATUUR

- ¹ Hepperle Charles. Building a renewable air supply for airbrush painting. *Modelrailroader* 1979; 112-3.

Hoorn, maart 1985

E.B. BEKET

REFERATEN

Inwendige geneeskunde

Betekenis van antilichamen gericht tegen leverspecifiek eiwit (anti-LSP) bij patiënten met auto-immune chronische actieve hepatitis

Tweeëntwintig patiënten met leverfunctiestoornissen, antinucleaire antistoffen en (of) antistoffen tegen glad spierweefsel met histologisch bewezen chronische, actieve hepatitis (CAH) werden op geleide van transaminasen als maat voor levercelverval behandeld met prednison.¹ Van hen kregen 14 bovendien azathioprine. Een remissie werd gedefinieerd als SGOT lager dan 40 IU/l gedurende een periode van 18 maanden of langer. Deze werd geverifieerd op geleide van een leverbiopt (hoogstens chronische, persisterende of portale hepatitis); een „relapse” werd gedefinieerd als vijfvoudige stijging van SGOT, bevestigd door „piecemeal”-necrose in het leverbiopt. Bij alle patiënten werd met behulp van een radio-immuno-precipitatie-methode anti-LSP bepaald in bevroren serummonsters na complementinactivatie (30 min. 56°C verhitten). Aan het begin van de (retrospectieve) onderzoeksperiode werd de toediening van alle medicamenten gestaakt. Bij 16 patiënten werd een relapse gevonden. Bij 8 (anti-LSP-positief) kwam deze gemiddeld 12 weken (7 tot 20 weken) na het staken van de behandeling, maar bij 8 anti-LSP-negatieve patiënten bleek de relapse 13 weken (9 tot 21 weken) na het staken van alle behandelingen te komen, waarbij zij anti-LSP-positief werden. Bij 6 anti-LSP-negatieve patiënten deed zich ook

na het staken van de medicamenteuze behandeling geen relapse voor. De anti-LSP-titer correleerde geenszins met leeftijd, geslacht, klinische symptomen, immunoglobulinegehalten of leverhistologie. Evenmin bestond er een correlatie tussen de anti-LSP-titer en het gehalte van serumtransaminasen, serumimmunoglobuline of de aanwezigheid van antilichamen tegen antinucleaire of tegen antiglad spierweefsel. De schrijvers besluiten dat in het serum het anti-LSP-gehalte de uitkomst van het staken van de therapie voorspelt, het voorkomen van anti-LSP een teken zou zijn van vroege parenchymbeschadiging, danwel van een beginnende uiting van reactivering van een auto-immuunproces bij deze patiënten, terwijl de aanwezigheid van anti-LSP zou duiden op inadequate medicamenteuze behandeling van chronische auto-immuunhepatitis. Hun voorstel is vervolgens om – alvorens bij CAH-patiënten in remissie de toediening van corticosteroiden te staken – eerst het anti-LSP-gehalte te bepalen.

De schrijvers baseren hun conclusies echter op een geselecteerde patiëntengroep: 9 mannen en 13 vrouwen. Bij chronische actieve hepatitis op basis van auto-immuunziekten zou men veel meer vrouwen verwachten. De anti-LSP-bepaling is moeilijk. Men gebruikt hierbij een stafylokokkenproteïne en verhitte (complementvrije?) sera. De bepaling heeft een lage specificiteit (positief bij door alcohol geïnduceerde leveraandoeningen, non-A-non-B hepatitis, hepatitis B, primaire biliare cirrose enz.) en ook een lage sensitiviteit (geen correlatie met levercelverval). Wellicht,