

onderzoek kan wellicht hier meer inzicht in geven. Voorlopig lijkt echter dat het geven van een medische indicatie op grond van de leeftijd hier te lande gehandhaafd kan blijven.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Forman MR, Meirik O, Berendes HW. Delayed childbearing in Sweden. JAMA 1984; 252: 3135-40.

A. VAN ENK

## Gastro-enterologie

### Endoscopische injectiemethode bij maagbloedingen

In 1982 werd door Soehendra et al. voor het eerst een methode beschreven waarbij bloedingen in slokdarm, maag of duodenum werden behandeld door het inspuiten van scleroserende vloeistof rondom de bloedingsplaats.<sup>1</sup> Hierdoor kan in de acute fase door oedeem in de submucosa een bloedend vat worden getamponneerd. Door granulatieweefsel en bindweefselvorming rondom het bloedvat is op langere termijn een goed resultaat te bereiken.

Fuchs et al. onderzochten in een prospectief onderzoek de resultaten van een dergelijke behandeling bij 88 patiënten met een bloeding in het bovenste gedeelte van het maag-darmkanaal.<sup>2</sup> De oorzaak van de bloeding was bij 64 patiënten een erosie of ulcus in maag of duodenum. Bij de overigen ging het om een Mallory-Weiss-bloeding, angiodysplasie, maagcarcinoom of een bloeding na een endoscopische papillotomie. Patiënten met slokdarmvarices werden niet bij het onderzoek betrokken. Bij alle patiënten werd binnen een uur na opname gastroscopie verricht, waarbij de bloeding werd gelokaliseerd. Eerst werd de bloedings-

plaats gereinigd door het wegspoelen van stolsels en beslag. Daarna werd polidocanol (Aethoxysklerol) 1% op verschillende plaatsen in vier kwadranten rond de bloedingsplaats ingespoten. Hierbij werd gebruik gemaakt van een injectie-naald die door het kanaal van de gastroscop kon worden ingebracht en doorgaans voor het scleroseren van slokdarmvarices wordt gebruikt. Per injectieplaats werd 3 tot 5 ml vloeistof toegediend, in totaal maximaal 50 ml.

Bij 54 patiënten bestond op het moment van de endoscopie een actieve bloeding die bij 51 tot staan kon worden gebracht, bij 39 met een blijvend resultaat. Bij 16 van 19 patiënten kon een arteriële bloeding gestelpt worden, echter bij slechts 8 met een blijvend resultaat. De resultaten die met deze injectiemethode worden bereikt, zijn vergelijkbaar met die van andere endoscopische methoden om een bloeding te behandelen, zoals lasercoagulatie, elektrocoagulatie en thermocoagulatie. De injectiemethode behoeft echter geen dure en geavanceerde apparatuur en kan in elke kliniek op eenvoudige wijze worden toegepast. Voor al deze methoden geldt dat wanneer een arteriële bloeding tot staan kon worden gebracht, er een grote kans op een recidiefbloeding bestaat. In deze gevallen kan door het stoppen van de bloeding de patiënt daarop in een betere toestand worden gebracht en daarna worden geopereerd.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Soehendra N, Kempeneerd I, Heer K de. Endoscopische Injectionsmethode zur Blutstillung im Verdauungstrakt. Dtsch Med Wochenschr 1982; 107: 1474-9.

<sup>2</sup> Fuchs KH, Wirtz HJ, Schaube H. Die Injectionsmethode zur Blutstillung bei gastroduodenalen Läsionen. Dtsch Med Wochenschr 1984; 109: 813-6.

J.F.W.M. BARTELSMAN

## 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)*

### Acne en orale anticonceptiva

Het antwoord van Van der Meeren, Hamerlynck en Van den Hurk op ons Ingezonden (1985; 420-1) bevreemdt ons, zodat wij nogmaals enkele kanttekeningen plaatsen in de hoop zodoende de discussie op heldere wijze af te ronden.

1. Ons advies wat betreft de keuze van orale anticonceptiva (OAC) bij vrouwen met acne en een reguliere menstruele cyclus is met name bedoeld om verergering van de acne door een verkeerde OAC-keuze te voorkomen. Indien de acne tijdens het gebruik van een sub-vijftiger vermindert, kan inderdaad die vermindering niet zonder meer aan het OAC toegeschreven worden. In het algemeen zal men bij het adviseren van OAC toch in eerste instantie een sub-vijftiger aanbevelen. Vandaar onze voorkeur voor Modicon, Marvelon en Trignyol/Trinordiol bij deze groep patiënten. Wil men hormonaal actiever ingrijpen, dan kan een vijftiger als Ovidol of Binordiol/Sequilar geadviseerd worden, welke drie OAC ook bij Van der Meeren c.s. genoteerd staan als gunstig wat betreft het te verwachten effect bij acne.

2. Wat betreft ons beleid bij de groep vrouwen met acne en een irregulaire menstruele cyclus verschillen wij van

mening. Collega Van der Meeren et al. zijn het niet eens met onze bewering dat norethisteron een progestativum is dat de productie van SHBG stimuleert. Dat is een bewering die door ons niet gemaakt is. Wij hebben gesteld dat norethisteron bevattende OAC een stimulerend effect hebben op de SHBG-productie bij vrouwen met een irregulaire cyclus en daardoor een gunstig effect kunnen hebben op een eventueel bestaande acne. De bewering van Van der Meeren c.s. dat norethisteron bevattende OAC juist acne kunnen veroorzaken, wordt gesteund door twee referenties; de eerste lijkt ons niet sterk,<sup>1</sup> de tweede betreft het voorschrijven ervan aan vrouwen met een reguliere cyclus bij wie relatief vaak als bijwerking acne werd gezien, die overigens na 3 cycli bij de meerderheid van de vrouwen weer verdwenen was.<sup>2</sup> Het is op zich juist te stellen dat norethisteron een (zwak) suppresserend effect heeft op de SHBG-productie,<sup>3</sup> maar dat hoeft geenszins het geval te zijn als norethisteron met een oestrogeen gecombineerd wordt, dus als OAC. Dat wordt onderschreven door een onderzoek dat in ander verband Van der Meeren c.s. al aanhaalden: In dat onderzoek had een norethisteron bevattend OAC een SHBG-productie stimulerend effect bij vrouwen met hirsutisme en hyperandrogenisme.<sup>4</sup> Dit suggereert dat een norethisteron bevattend OAC bij vrouwen met een irregu-

laire cyclus en hyperandrogenisme een ander effect heeft dan bij vrouwen met een regulaire cyclus, omdat de uitgangssituatie verschilt. Dat strookt ook met de ruime Groningse ervaring die erop duidt dat ook met andere norethisteron bevattende OAC dan gebruikt in het genoemde onderzoek geen verergering, maar een vermindering van de acne is te verwachten bij vrouwen met een irregulaire cyclus.

Mocht men nog niet overtuigd zijn, dan zou men in afwachting van verder onderzoek kunnen besluiten deze groep vrouwen met acne en een irregulaire cyclus te behandelen met Diane, hetgeen echter wel een relatief kostbaar middel is. Indien gewenst, kan men het anti-androgene effect van Diane verhogen door Androcur (cyproteronacetaat) toe te voegen.<sup>5</sup>

Tenslotte zouden wij willen opmerken dat Van der Meeren et al. in het geheel niet zijn ingegaan op onze voornaamste boodschap, namelijk dat het bij het adviseren van OAC aan een vrouw met acne op endocrinologische gronden zorgvuldig is onderscheid te maken tussen een vrouw met een regulaire en een vrouw met een irregulaire menstruele cyclus.

#### LITERATUUR

- 1 Barranco VP. Effect of androgen-dominant and estrogen-dominant oral contraceptives on acne. *Cutis* 1974; 14: 384-6.
- 2 Berger GS, Edelman DA, Talwar PP. The probability of side effects with Ovral, Norinyl 1/50 and Norlestrin 1. *Contraception* 1979; 20: 447-53.
- 3 El Mahkzangy MN, Wynn V, Lawrence DM. Sex hormone binding globulin capacity as an index of oestrogenicity or androgenicity in women on contraceptive steroids. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1979; 10: 39-45.
- 4 Givens JR, Andersen RN, Wisner WL, Umstot ES, Fish SA. The effectiveness of two oral contraceptives in suppressing plasma androstenedione, testosterone, LH and FSH and in stimulating plasma testosterone binding capacity in hirsute women. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 124: 333-9.
- 5 Blanken R, Voorst Vader PC van. Acne: pathogenese en therapie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1297-303.

Groningen, maart 1985

P.C. VAN VOORST VADER  
R.E. LAPPÖHN  
H.W. VAN LUNSEN

Het is ons niet duidelijk waarom de collegae Van Voorst Vader, Lappöhn en Van Lunsen nu ontkennen dat zij beweerd hebben dat norethisteron een progestativum is dat de productie van SHBG stimuleert. In hun vorig Ingezonnen (1985; 420-1) lezen wij namelijk in de eerste zin van de 3e alinea „hoog gedoseerde pil, die een progestativum bevat dat de productie van SHBG stimuleert”, waarna vervolgens drie norethisteron bevattende OAC genoemd worden.

Inderdaad zijn ondergetekenden nog steeds niet overtuigd door de Groningse ervaring. De reden is dat ons hierover onvoldoende gegevens ter beschikking staan. Mocht deze ervaring juist blijken te zijn, dan dient de plaats van norethisteron bevattende OAC in onze tabel heroverwogen te worden.

Wat betreft de voornaamste boodschap van de collegae Van Voorst Vader et al. dat er verschil gemaakt dient te worden tussen een regulaire en irregulaire cyclus zijn wij van mening dat het zeer verwarrend is om vrouwen met een regulaire cyclus te plaatsen tegenover vrouwen met een irregulaire cyclus. De overgrote meerderheid van de vrouwen met irregulaire cycli heeft een geprotaheerde folliculaire fase, gevolgd door een normale luteale fase. Slechts een klein aantal van de vrouwen met irregulaire cycli heeft een ovariële dysfunctie als bedoeld door collega Van Voorst Vader c.s. De behandeling van de acne die soms bij deze groep patiënten voorkomt, was in ons artikel nadrukkelijk niet aan de orde.

Wij blijven overigens van mening dat wanneer een bepaald OAC een gunstig effect heeft op acne dat veroorzaakt wordt doordat de desbetreffende oestrogeen-prostaglandinecombinatie een anti-androgeen overwicht heeft. Of een patiënte met acne nu binnen normale grenzen wat hoge of lage circulerende androgenen heeft, is van minder belang.

Nijmegen,  
Amsterdam, april 1985

H.L.M. VAN DER MEEREN  
J.V.Th.H. HAMERLYNCK  
C.M.A.M. VAN DEN HURK

### *Corticosteroiden en hersenletsels*

Braakman pleit ervoor (1985; 628-30) niet bij iedere patiënt in coma na zwaar hersenletsel hoge doses corticosteroiden te geven, omdat het effect hiervan niet onomstotelijk vaststaat. Zijn pleidooi wordt ondersteund door de melding van enkele auteurs over avasculaire botnecrose als complicatie van ook kortdurende toediening van corticosteroiden.<sup>1,3</sup> Heel misschien is de afloop van een hersentrauma beter na toediening van corticosteroiden. Heel zeker is de afloop slechter bij die patiënten bij wie avasculaire botnecrose ontstaat, een complicatie die wel onomstotelijk vaststaat.

#### LITERATUUR

- 1 McCluskey J, Gutteridge DH. Avascular necrosis of bone after high doses of dexamethasone during neurosurgery. *Br Med J* 1982; 284: 333-4.
- 2 Anderton JM, Helm R. Multiple joint osteonecrosis following short-term steroid therapy. *J Bone Joint Surg (Am)* 1982; 64: 139-41.
- 3 Taylor LJ. Multifocal avascular necrosis after short-term high-dose steroid therapy. *J Bone Joint Surg (Br)* 1984; 66: 431-3.

Hoofddorp, april 1985

T. DE JONG

### *Orale rehydratie*

Naar aanleiding van onze eigen ervaringen zouden wij enkele kanttekeningen willen plaatsen bij de artikelen van Taminiu (1984; 2224-9) en van Fliers en Yntema (1984; 2209-10) over orale rehydratie.

In een regionaal ziekenhuis in de derde wereld, hebben wij slechts zeer basale voorzieningen tot onze beschikking: elektrolytenbepaling bijvoorbeeld is niet mogelijk in ons laboratorium; 's avonds en in het weekend is er op de afdelingen geen geschoold verpleegkundig personeel. Jaarlijks zien wij honderden kinderen met lichte en matige en tientallen kinderen met ernstige tot zeer ernstige dehydratie. Wij gebruiken het volgende behandelingsschema: Bij zeer ernstig gedehydrateerde kinderen wordt bij opname intraperitoneaal een „stootdosis” vocht toegediend in de vorm van zoutglucose.<sup>1</sup> Het kind wordt hierna half-zittend bij de moeder op schoot verpleegd en er wordt direct met orale rehydratie begonnen. Na 6 tot 8 uur wordt zo nodig deze intraperitoneale vochttoediening herhaald. Intraveneuze rehydratie is in ons ziekenhuis volledig uit den boze wegens het grote gevaar voor overhydrering bij onoordeelkundige toediening per infusie. Voor orale rehydratie maken wij gebruik van zakjes ORS volgens de WHO-formule, verstrekt door UNICEF. De verantwoordelijkheid voor de orale rehydratie ligt bij de moeder, die volgens goede Afrikaanse traditie altijd met het kind wordt opgenomen. Het devies is: maximaal laten drinken, waarbij eenvoudige richtlijnen worden gegeven over de minimumhoeveelheid vocht die voor een bepaald tijdstip gegeven