

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.⁵

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 Geneeskd* 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-prostaageencombinatie 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.^{1,3} 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.¹ 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