

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-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.^{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

moet zijn. Braken is geen contra-indicatie voor orale rehydratie, zoals Taminiau ook stelt, en wordt vrijwel altijd minder in de eerste uren na het begin van orale rehydratie. Wordt het gestelde minimum niet gehaald, dan wordt een maagsonde aangelegd en wordt ORS per druppelinfusie gegeven. (Zelfs bij te snelle toediening is er weinig kans op complicaties.) Een maagsonde is overigens maar zelden noodzakelijk. Borstvoeding wordt zoveel mogelijk voortgezet vanaf het eerste moment van opname. Met vaste voeding wordt al na enkele uren begonnen. Lichte gevallen van dehydratie worden poliklinisch behandeld. Met dit regime zagen wij in bijna twee jaar tijds niet één sterfgeval door dehydratie.

Naar onze mening is voor het welslagen van orale rehydratie naast zout en suiker een grote hoeveelheid liefde en geduld nodig. En wie kan dit beter opbrengen dan de moeder (of de vader)? We zijn het daarom niet eens met Taminiau's stelling „orale rehydratie moet in het ziekenhuis worden uitgevoerd”. Gezien het peil van de Nederlandse huisartsgeneeskunde, moet het toch mogelijk zijn gevallen van lichte en matige dehydratie thuis te behandelen! De door Taminiau geconstateerde voorkeur in Nederland voor parenterale rehydratie is eerder ingegeven door medisch conservatisme dan door feitelijke ervaringen.

Het door Fliers en Yntema beschreven ziektegeval is niet een voorbeeld van verkeerde zuinigheid, maar een voorbeeld van verkeerde voorlichting door de arts. Indien een nauwkeurig recept was verstrekt, zouden Fliers en Yntema het patiëntje waarschijnlijk nooit gezien hebben. In de derde wereld wordt – met steun van WHO en UNICEF – geprobeerd ORS op basis van de eenvoudige suikerzout-formule te introduceren als „huismiddeltje”, dat direct toegepast wordt zodra diarree begint.² Op grond van een door een arts gemaakte fout wijzen nu Fliers en Yntema dit beleid af. Zij propageren het gebruik van commerciële ORS-produkten, en propageren daarmee patient's delay, doctor's delay, dispensary's delay...

Wat betreft diarreebehandeling en orale rehydratie kan men in Nederland misschien nog iets opsteken van ervaringen opgedaan in de derde wereld. Tot slot nog dit: dat ORS ook heel goed gebruikt kan worden bij (dreigende) dehydratie van volwassenen, hebben wij aan den lijve mogen ondervinden.

LITERATUUR

- ¹ Voorhoeve HWA. Kindergeneeskunde, syllabus Nationale Tropencursus voor Artsen. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1981.
- ² Programa Criança-para-criança. Brasília: MEC/UNICEF, 1980.
- ³ Werner D. Onde não há médico. 5e ed. São Paulo: Edições Paulinas, 1981.

Lucapa, Angola, maart 1985

J.A.R. KOOT
A.A.L.J. VAN DEN BROEK

De ingezonden brief van Koot en Van den Broek verduidelijkt de logistieke verschillen tussen de tropen en Nederland bij de behandeling van acute gastro-enteritis. In de praktijk wordt in Nederland nog steeds parenterale rehydratie gebruikt als primaire behandeling bij acute gastro-enteritis. Gelukkig is het beleid aan het verschuiven naar primair orale rehydratie met glucose/elektrolyten-oplossingen, maar dit is nog steeds niet algemeen gebruik. Rehydratie dient bij voorkeur te geschieden met de WHO orale-rehydratie-oplossing bevattende 90 mEq natrium.

In Nederland overlijden anno 1985 nog steeds kinderen aan acute gastro-enteritis ten gevolge van dehydratie. Daarom ben ik het niet eens met de schrijvers, dat dehydratie thuis behandeld kan worden. Het is moeilijk

thuis te beoordelen of het gedehydrateerde kind behoort tot de groep, die te veel braakt of te grote diarreeverliezen heeft, zodat de orale rehydratie faalt. De 10% kinderen, die teveel braken of te veel diarree hebben, zijn voor een huisarts moeilijk te volgen, omdat volumina logistiek niet thuis te meten zijn. Deze kinderen moeten parenteraal gerehydrateerd worden. Wanneer dehydratie op klinische gronden wordt geconstateerd, dient het kind in het ziekenhuis te worden behandeld tot het gerehydrateerd is. Daarna kan het zeker thuis verder worden behandeld. Gelukkig neemt het aantal gedehydrateerde kinderen bij acute gastro-enteritis af, doordat huisartsen in de beginfase thuis de zoutverliezen met de diarree behandelen met glucose/elektrolyten-oplossingen.

Amsterdam, april 1985

J.A.J.M. TAMINIAU

Wij danken de collegae Koot en Van den Broek voor hun reactie. Het is een misverstand te denken dat wij het WHO-beleid ten aanzien van orale rehydratie zouden afwijzen. Integendeel, wij propageren juist het gebruik van eenvoudige suiker-zoutoplossingen om dehydratie te behandelen, en dan liefst de sachets waarbij slechts water hoeft worden toegevoegd, omdat uit onderzoek gebleken is, dat hiermee de minste fouten gemaakt worden. Intraveneuze vochttoediening is geïndiceerd bij ernstige gevallen van dehydratie met beginnende shock en zal in circa 10-20% van de gevallen nodig zijn. De door ons beschreven patiënt bevond zich in een levensgevaarlijke situatie, niet door de dehydratie, maar door de hypernatriëmie als gevolg van zoutintoxicatie. Onzes inziens is de situatie in Nederland en Angola niet vergelijkbaar. Intraperitoneale vochttoediening lijkt hier niet wenselijk.

Rest nog te vermelden dat uiteraard niet elke diarree in het ziekenhuis behandeld dient te worden, maar dat een kind met dehydratie wel in het ziekenhuis thuishoort, daar uitdroging, vooral voor het jonge kind, nog steeds een bedreiging voor het leven vormt.

Amsterdam, april 1985

E.A. FLIERS

Immunologisch onderzoek van biopten van patiënten met colitis; een diagnostische vooruitgang?

Naar aanleiding van het artikel van Giard (1985; 54-5) dat wij met belangstelling hebben gelezen, willen wij de volgende opmerkingen maken.

1. Bij een patiënt met colitis moet eerst nagegaan worden of er sprake is van acute „infectueuze” colitis of chronische idiopathische colitis. Op klinische en histologische gronden is een dergelijk onderscheid soms moeilijk. Bij chronische idiopathische colitis moet nagegaan worden in hoeverre het gaat om de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa.

2. Ten aanzien van het plasmacelpatroon van colonbiopten van patiënten met acute „infectueuze” colitis is de literatuur eenduidig: er wordt een sterke toename van IgA-dragende plasmacellen gevonden, terwijl het aantal IgG-dragende plasmacellen niet toeneemt.^{1,2} Bij actieve chronische idiopathische colitis wordt behalve de toename van IgA-dragende plasmacellen vooral een toename van IgG-dragende plasmacellen gezien. Deze toename correleert met de ziekte-activiteit.³

3. Wat betreft het plasmacelpatroon bij de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa ligt de problematiek ingewikkelder. Allereerst zijn er meer onderzoeken in de literatuur