

Bezold-abces, ziektebeelden die wij bijna al waren vergeten. Informatie in den lande leerde ons dat ook elders weer mastoïditiden worden gezien. Ik vind dat een slechte zaak.

De beste benadering van otitis media acuta, in beginsel een „self-limiting disease”, is, zoals Mygind et al. dat omschrijven een „masterly inactivity”,⁶ mits adequaat analgetica worden toegediend en de patiënten nauwlettend worden gevolgd. Als er iets moet worden gedaan, dan is er keuze tussen paracentese of antibiotica. Er is daarover een beperkt aantal onderzoeken verricht die de toets der kritiek kunnen doorstaan. De conclusies daaruit te trekken zijn, kort samengevat, dat die behandelingen voor elkaar weinig onderdoen (zie de literatuuropgave bij het antwoord aan collega Linssen) en elk hun pro en contra hebben. Ik kies dan in eerste instantie voor paracentese. Dat heb ik zelf in de hand en ik weet precies wat er gebeurt. Kom ik daarmee niet uit dan geef ik antibiotica. Het is overigens voor mij geen dogma. Ik wijk er geregeld van af.

De opmerking dat in Angelsaksische landen geen paracentese wordt verricht is onjuist. Het gaat vooral op voor de USA, niet voor elk Engels sprekend of in het Engels publicerend land. In Frankrijk, Duitsland en Scandinavië wisselt het beleid. Dat iemand anders paracentese onethisch vindt, heeft wat mij betreft nog geen andere waarde dan een demagogische.

LITERATUUR

- 1 Friedmann I. Pathology of the ear. Oxford: Blackwell, 1974.
- 2 Koplan GJ, Fleshman JK, Bender TR, et al. Long-term (1973) effect of otitis media: a ten year cohort study of Alaskan Eskimo children. *Pediatrics* 1983; 52: 577.
- 3 Howie VM. Natural history of otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1975; suppl. 19: 67-72.
- 4 Traissac L. Otites moyennes aiguës. In: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Parijs: Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Otolaryngologique.
- 5 Pukonder; Chemical features of acute otitis media in children. *Acta Otolaryngol* 1983; 95: 117-22.
- 6 Mygind N, Meistrup-Larsen KI, Thomsen J, et al. Penicillin in acute otitis media: a double-blind placebo-controlled trial. *Clin Otolaryngol* 1981; 6: 5-13.

Amsterdam, april 1985

L. FEENSTRA

Het lijkt geen twijfel dat collega Feenstra vele afwijkende trommelvliesbeelden heeft gezien die hem hebben doen besluiten een artikel te wijden aan de „acute onsteking van het middenoor” (1985; 532-6). Onvoldoende komt echter in zijn betoog naar voren dat in alle gevallen de otitis media acuta geen afwijkend trommelvliesbeeld is, maar een verschijningsvorm van een patiënt met een bovenste-luchtweginfectie, een ziek(t)e dus. Dit blijkt uit het feit dat hij de voorkeur geeft aan het indelen in stadia boven het herleiden van de oorzaak van de otitis.

Als hij bij stadium I beschrijft dat de patiënt zijn arts consulteert i.v.m. pijn, dat hij een ziek kind aantreft, is het onbegrijpelijk dat hij verderop beschrijft dat „Behandeling hier niet nodig is”. Wij denken dat geen huisarts of KNO-arts dit zal kunnen verantwoorden tegenover zijn patiënt of diens ouders. Bovendien is het onze ervaring dat het door collega Feenstra geschetste „stadium I” vrijwel altijd past bij een sinusitis of tonsillitis die op zich al behandeling rechtvaardigt, al is het maar ter voorkoming van stadium II van de otitis. Dit dient men te bedenken bij de inspectie van een afwijkend trommelvlies. Dat antibiotica een mastoïditis kunnen doen ontstaan is inmiddels een zeldzaamheid en dat „te snel voorgeschreven antibiotica de opbouw van de eigen afweer kunnen belemmeren” mist wetenschappelijke achtergrond en lijkt op leketaal. Noch

het onthouden van decongestiva aan deze patiënten, noch de ratio van het anti-antibioticabetoog van collega Feenstra is voor ons begrijpelijk. Het lijkt op een weg terug, hoewel de zegeningen van de therapeutica (zowel antibiotica als decongestiva) aanwezig zijn. Ze kunnen veel leed verzachten. Wie met ons niet als behandelaars, maar als ouders nachten op heeft gezeten met zieke kinderen met een otitis zal dit kunnen beamen.

Enschede, mei 1985

G.J.M. VAN ARDENNE
K. HOOGENDIJK
W. KERSING

Het eerste gedeelte van uw opmerkingen is onjuist, omdat ik immers onder het hoofd „Kliniek” letterlijk schrijf: „Dit proces, dat meest viraal begint, is altijd deel van een bovenste-luchtweginfectie en bij elke bovenste-luchtweginfectie zal in potentie automatisch ook het trilhaarepitheel van het middenoor en de buis van Eustachius mee worden betrokken.”

Uw opmerking dat ik over stadium I stel dat behandeling niet nodig is, is weliswaar goed geciteerd, maar wel onvolledig. Ik merk nl. aansluitend op dat analgetica en antipyretica kunnen worden gegeven en ik noem vervolgens enkele voorbeelden daarvan. Vermoedelijk was mijn bedoeling duidelijker geformuleerd geweest als voor „behandeling” het woord „curatieve” was geschreven.

Uw stelling dat otitis media acuta stadium I past bij sinusitis of tonsillitis heb ik niet apart vermeld. Dat lijkt ook niet nodig, omdat die ziektebeelden eveneens kunnen worden gerangschikt onder bovenste-luchtweginfectie.

„Dat te snel voorgeschreven antibiotica de opbouw van eigen afweer kunnen belemmeren”, leerde ik als student. Ik heb het bewijs van dit vooroordeel (?) gepoogd terug te vinden. Dat het niet geheel leketaal is, zoals u beweert, zou kunnen worden afgeleid uit een aan dit probleem gewijde serie artikelen.¹

Ten aanzien van uw slotontboezeming: kinderen met otitis media acuta ken ik ook als ouder; met een paracentese genazen zij snel en volledig.

LITERATUUR

- 1 Turk JL, Parker D, eds. *Drugs and immune responsiveness*. London: Macmillan Press Ltd, 1979.

Amsterdam, mei 1985

L. FEENSTRA

Ontkoperen met zink

Het spooelement zink wordt in het artikel van Hoogenraad (1985; 529-32) beschreven als een orthomoleculair therapeuticum voor de ziekte van Wilson met weinig bijwerkingen. Hoewel zink geacht wordt een essentieel spooelement voor de mens te zijn, zijn wij van mening dat farmacologische doseringen wellicht ongewenste effecten kunnen hebben. Zink interfereert met de absorptie van bijvoorbeeld koper en ijzer.¹⁻³

Op theoretische gronden is het te verwachten dat ook de opname van andere tweewaardige metalen geremd zal worden.⁴ Verder speelt een verstoorde koper-zinkbalans mogelijk een rol in de etiologie van ischemische hart- en vaatandoeningen door verhoging van de cholesterolconcentratie⁵ in het serum en verlaging van het HDL-cholesterolgehalte.^{6,7} Korte tijd geleden is bovendien een nadelige invloed van overmatige zinksuppletie op de cellulaire immunorespons beschreven.⁷ Aangezien het nog niet dui-

delijk is of hoge zinkdoseringen op lange termijn een nadelige invloed uitoefenen op patiënten met de ziekte van Wilson, lijkt het ons raadzaam in de behandeling met genoemde bijwerkingen rekening te houden.

LITERATUUR

- 1 Festa MD, Anderson HL, Dowdy RP, Ellersieck MR. Effect of zinc intake on copper excretion and retention in men. *Am J Clin Nutr* 1985; 41: 285-92.
- 2 Gvozdanovic D, Aggett PJ. A study of the effect of zinc on iron absorption in man. *Proc Nutr Soc* 1982; 41: 17A.
- 3 Solomons NW. Competitive mineral-mineral interaction in the intestine - implications for zinc absorption in humans. In: Harper LAE, Inglett GE, eds. *Nutritional bioavailability of zinc*. ACS Symposium series 210, Washington D.C.: American Chemical Society, 1983: 247-71.
- 4 Kirchgessner M, Richlmayr-Lais AM, Schwarz FJ. Interactions of trace elements in human nutrition. In: *Nutrition in health and disease and international development: Symposia from the XII international congress of nutrition*. New York: AR Liss, 1981: 189-97.
- 5 Klevay LM. The influence of copper and zinc on the occurrence of ischemic heart disease. *J Environ Pathol Toxicol* 1980; 4: 281-7.
- 6 Hooper PhL, Visconti L, Gary PhJ, Johnson GE. Zinc lowers high-density lipoprotein-cholesterol levels. *JAMA* 1980; 244: 1960-1.
- 7 Chandra RK. Excessive intake of zinc impairs immune response. *JAMA* 1984; 252: 1443-6.

Zeist, april 1985

E.J. VAN DER BEEK
W. VAN DOKKUM
TH. OCKHUIZEN

Patiënten met de ziekte van Wilson lijden aan een ernstige ziekte die dringend behandeling vereist. Tot voor kort bestond er voor deze patiënten eigenlijk geen keuze: ontkoperende therapie met chelaatvormers was de enige doeltreffende behandeling die bekendheid had gekregen. Penicillamine werd algemeen beschouwd als het beste middel waarmee deze patiënten behandeld konden worden, ondanks het feit dat deze stof potentieel toxisch is en zeer gevreesde schadelijke nevenwerkingen kan veroorzaken. Deze kunnen optreden in het begin van de behandeling, maar ook na vele jaren van effectieve therapie.

In ons artikel beschreven wij dat behandeling ook zeer goed mogelijk is met zink langs orale weg. De behandeling met zink verdient onzes inziens zelfs de voorkeur boven chelerende therapie, omdat het bekend is dat zink uiterst weinig schadelijke nevenwerkingen heeft.

De schrijvers van de brief hebben gelijk wanneer zij stellen dat nog niet duidelijk is in welke mate zinktherapie op lange termijn een nadelige invloed kan uitoefenen, wanneer toegepast bij de ziekte van Wilson. Het is echter niet te verwachten dat de ernst van deze nevenwerkingen ook maar enigszins vergelijkbaar zal blijken te zijn met die welke door chelatietherapie wordt veroorzaakt. De belangrijkste bijwerking van zinktherapie op lange termijn bij acrodermatitis enteropathica en sikkelcelanemie is een anemie en neutropenie ten gevolge van kopergebrek! Toch blijft het raadzaam patiënten die zink vele jaren achtereen gebruiken zorgvuldig te controleren en daarbij ook met mogelijk ongewenste effecten zoals genoemd door de schrijvers van de brief rekening te houden.

LITERATUUR

- 1 Floersheim GL, Kull P. Steigerung der Talgsecretion durch perorales Zinksulfat. *Schweiz Med Wochenschr* 1980; 110: 1250-4.
- 2 Prasad AS, Brewer GJ, Schoomaker EB, Rabbani P. Hypocupremia induced by zinc therapy in adults. *JAMA* 1978; 240: 2166-8.
- 3 Hoogenraad TU, Dekker AW, Hamer CJA van den. Copper responsive anemia, induced by oral zinc therapy in a patient with acrodermatitis enteropathica. *Sci Total Environ* 1985; 42: 37-43.

Utrecht, mei 1985

T.U. HOOGENRAAD

Gedrag en hartinfarct

Naar aanleiding van het gelijknamige artikel van professor Appels (1985; 436-9) en een discussie daarover (1985; 800-1) moge het volgende worden opgemerkt.

1. Appels maakt geen onderscheid tussen uiterlijk en innerlijk gedrag; te omschrijven als „som van alle momentaan-waarneembare levensuitingen”, als „projectie van het innerlijk gedrag: som en aard van de atomair-moleculaire wijzigingen, met name die in bepaalde hersencellen door interne prikkels (hormonen, denken) en externe”.

2. Appels maakt ook geen onderscheid tussen positief-doeltreffende en negatief-ondoeltreffende „stress” = belasting. Men kan bijvoorbeeld hard werken met plezier, op den duur te hard, dus met negatieve stress.

2. Negatieve stress oefent via negatief gestemd-zijn een nadelige invloed uit op het functioneren van alle organen; met wisselwerking. Voor bloedvaten resulteert dat in meer atherosclerose, volgens de ervaring.

4. Het bovenstaande behoort tot het wezen, het „waar-door”, de fysiologie van het gedrag - een verwaarloosd onderwerp.

5. Door bestuderen van die fysiologie wordt de analyse van het menselijk functioneren, inclusief het geestelijke deel, vereenvoudigd. Omgekeerd, elke benadering is bij voorbaat subjectief en ingewikkeld. Appels beeld noemt bijvoorbeeld wel 14 namen en 5 ingewikkelde onderzoeksmethoden; de enige werkelijk objectieve ontbreekt.

Conclusie: negatief beleven van de situatie - veelal automatisch-onwillekeurig door er niet tegen opgewassen-zijn - verhoogt de kans op hartinfarct; en omgekeerd.

Den Haag, april 1985

H.K. SCHEFFER

Postoperatieve tromboseprofylaxe heroverwogen

Naar aanleiding van het artikel van Meuwissen (1985; 536-40) willen wij het volgende opmerken.

1. De kans op ernstige anafylactische reacties wordt o.a. genoemd als een bezwaar tegen de toepassing van dextran bij tromboseprofylaxe. De kans op ernstige anafylactoïde/anafylactische reacties is echter bijzonder gering, zoals uit verscheidene prospectieve en retrospectieve onderzoeken is gebleken.¹ Bovendien ontstaan deze ernstige reacties uitsluitend bij patiënten met een hoge titer aan dextran-reactieve antilichamen, die macromoleculaire immuuncomplexen vormen met de geïnfundeerde dextranmoleculen.^{2,3} Ter voorkoming van deze reactie is onlangs ook op de Nederlandse markt een nieuw produkt geïntroduceerd met als werkzame stof: 15% hapteen dextran (Promiten, molecuulgewicht 1000, 150 mg/ml in 0,6% NaCl). Een vóórinjectie met dit preparaat heeft tot gevolg dat de reactieve plaatsen van de (IgG-)antilichamen worden bezet en geen reactie met het later geïnfundeerde macromoleculaire dextran kan plaatsvinden (hapteen-principe). Hierdoor is de veiligheid van een dextran-therapie ter bescherming van trombo-embolische complicaties aanmerkelijk toegenomen.^{4,5}

2. Aan de door Meuwissen vermelde eigenschappen van dextran dient de invloed op de fibrinolyse te worden toegevoegd. Thrombi die worden gevormd in aanwezigheid van dextran blijken beter toegankelijk voor en sneller te worden afgebroken door het fibrinolytisch systeem.^{6,7} Dit is