

- ¹ Faratian B, Gaspar A, O'Brien PMS. Premenstrual syndrome: Weight, abdominal swelling and perceived body image. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150: 200-4.

P.G. HART

Huid- en geslachtsziekten

Allergische huidafwijkingen ten gevolge van captopril

Captopril wordt als remmer van het „angiotensine convertering enzyme” gebruikt bij de behandeling van hypertensie en decompensatio cordis. Ongeveer 12% van patiënten met hypertensie die met captopril werden behandeld, kregen niet-ernstige huidafwijkingen, variërend van erytheem, maculopapuleuze eruptie, een pityriasisachtig beeld, exfoliatieve dermatitis tot angio-oedeem.¹ Geen van deze reacties is ooit door middel van een provocatieproef bevestigd.

Goodfield et al. beschreven onlangs vier patiënten met decompensatio cordis die 75 mg captopril per dag innamen en die na verloop van tijd hevige huidafwijkingen kregen,

bestaande uit een uitgebreid maculopapuleus exantheem met eczemateuze kenmerken, in twee gevallen leidend tot erythrodermie.² Bij alle patiënten begonnen de huidafwijkingen enige weken na het begin van de captopril-therapie en was er een geleidelijke progressie, die zich voortzette na het staken van de toediening van captopril. Bij histologisch onderzoek werd in de dermis een perivascuair infiltraat gevonden met neutrofiële en eosinofiele granulocyten. Immunofluorescentie-onderzoek leverde geen afwijkingen op. Bij twee patiënten ontstonden na provocatie met 12,5 mg captopril dezelfde huidafwijkingen, zij het in mindere mate. De andere twee patiënten overleden aan de gevolgen van decompensatio cordis, voordat zij deze proef konden ondergaan.

LITERATUUR

- ¹ Wilson JK, Hammond JJ, Kirkendall WM. The captopril induced eruption. *Arch Dermatol* 1980; 116: 902-5.
² Goodfield MJ, Millard LG. Severe cutaneous reactions to captopril. *Br Med J* 1985; 290: 1111.

J.J.E. VAN EVERDINGEN

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)

IUD en risico

Naar aanleiding van het artikel van collega Kremer (1985; 1410-3) en in het verlengde van het daaraan voorafgaande artikel van collegae Nijhuis, Schijf en Eskes (1985; 1409-10), gaarne de volgende aanvulling.

Een juiste lokalisatie van het IUD is van het grootste belang voor de betrouwbaarheid van het interceptivum. De correcte positie (in het cavum uteri reikend tot de fundus) kan op eenvoudige en adequate wijze worden geobjectiveerd door middel van een echoscopie. Schmidt en medewerkers constateerden bij 1372 IUD-draagsters met behulp van echoscopie 48 maal een zwangerschap.¹ Bij slechts 4% van deze zwangeren bevond het IUD zich tot in fundo! Aangezien de lengte van de IUD-touwjes zeker geen absolute zekerheid geeft omtrent de positie van het IUD, lijkt het gerechtvaardigd deze na inbreng van het IUD echoscopisch te controleren. Of het daarnaast aan te bevelen zou zijn deze controle regelmatig (jaarlijks?) te herhalen, is nog een onbeantwoorde vraag. (kosten-batenanalyse). Een prospectief, gerandomiseerd onderzoek zou hierover uitkomst kunnen brengen.

sonde craniaalwaarts geschoven. Ze konden daarmee het zwangerschapscijfer voor de Copper-T 200, die zonder de echoscopische controle lag tussen 1 en 3 verlagen tot 0,72. Bij 9 van de 12 vrouwen die ondanks de controles zwanger werden, bevond het IUD zich, toen de zwangerschap werd vastgesteld, in de cervix. Bij 2 van deze zwangeren was tijdens de voorlaatste echoscopische controle het IUD ook reeds in de cervix gelokaliseerd, maar er was daarop geen actie ondernomen.

Het is te overwegen het onderzoek van Schmidt c.s. met andere IUD-types te herhalen. Dit zou het beste kunnen gebeuren met een vergelijkbare controlegroep waarin de traditionele controles voor het vaststellen van een caudaalwaartse verplaatsing van het IUD met dezelfde frequentie en dezelfde zorgvuldigheid zouden moeten plaatsvinden als de echoscopische controles in de onderzoeksgroep. Wanneer dan zou blijken dat in de onderzoeksgroep statistisch significant minder zwangerschappen zouden ontstaan dan in de controlegroep, dan zou regelmatige echoscopische controle bij IUD-draagsters moeten worden aanbevolen, ondanks de extra kosten die dit voor de Gezondheidszorg met zich mee zou brengen.

LITERATUUR

- ¹ Schmidt EH, Wagner H, Quakernack K, Beller FK. Ergebnisse der Lageüberwachung von Intrauterinpressaren durch Ultraschall. *Geburts-hilfe Frauenheilkd* 1979; 39: 138-43.

's-Gravenhage, juli 1985

R.H.W. LORIJN

Schmidt et al. hebben bij 1372 vrouwen de lokalisatie van het IUD (Cu-T 200) echoscopisch gecontroleerd, 2 weken, 1 maand, 3 maanden na de introductie en daarna halfjaarlijks.¹ De IUD's die uit de fundus uteri naar het cervixkanaal waren gemigreerd, werden vervangen of met een steriele

LITERATUUR

- ¹ Schmidt EH, Wagner H, Quakernack K, Beller FK. Ergebnisse der Lageüberwachung von Intrauterinpressaren durch Ultraschall. *Geburts-hilfe Frauenheilkd* 1979; 39: 138-43.

Groningen, augustus 1985

J. KREMER

De door Lorijn ingezonden brief naar aanleiding van de klinische les (1985; 1409-10) geeft aanleiding tot onderstaande reactie.

Wij kunnen de reactie van collega Lorijn zeker steunen. Wellicht heeft hij niet gezien dat wij het artikel van Schmidt

et al. reeds refereerden; een uitvoerige samenvatting daarvan viel echter buiten het kader van onze klinische les.

Nijmegen, augustus 1985

J.G. NIJHUIS
C.P.T. SCHIJF
T.K.A.B. ESKES

In de Klinische Les van Nijhuis, Schijf en Eskes (1985; 1409-10) wordt voor het zoekgeraakte IUD de methode van verwijdering ervan uit het cavum uteri door middel van een „paktang” onder echoscopisch zicht beschreven. In de literatuur echter wordt vooral de hysteroscopische verwijdering van zoekgeraakte IUD's gepropageerd.¹ Voorafgaande aan de hysteroscopie moet men uiteraard de intra-uteriene of gedeeltelijk intra-uteriene ligging van het IUD door echoscopisch onderzoek proberen vast te stellen en zwangerschap uitsluiten.² Is een zoekgeraakt IUD echoscopisch niet aantoonbaar, dan kan men met een buikoverzichtsfoto en zo nodig met hysteroscopie het IUD lokaliseren; ook wordt wel in eerste instantie in zulke gevallen hysteroscopie gedaan.^{1,3} Bij een echoscopisch normale ligging van het IUD kan eerst nog getracht worden de vermoedelijk opgeschoven of opgeslagen draadjes met behulp van een instrumentje zoals de MiMark Helix weer in normale positie te krijgen en het IUD dan, indien gewenst, op de gebruikelijke wijze te verwijderen.⁴ Lukt dit niet, dan zou verwijdering onder hysteroscopisch zicht kunnen volgen.

Het voordeel van hysteroscopie is het à vue verwijderen van het IUD, waarbij tevens intra-uteriene afwijkingen en (of) beschadigingen vaak beter beoordeeld kunnen worden. Bij vermoeden van (gedeeltelijke) perforatie van de uteruswand is combinatie met laparoscopie te overwegen.⁵ Door dextranen (bijv. Hyskon) als distensie-medium te gebruiken, lijkt hysteroscopie een veilige methode, die poliklinisch verricht kan worden.⁶

Gaarne zouden wij van de Nijmeegse auteurs vernemen of de door hen beschreven methode ooit mislukte en of bij hen hysteroscopische verwijdering achter de hand wordt gehouden. Met andere woorden: welke plaats neemt de hysteroscopische methode van verwijdering in bij de behandeling van het zoekgeraakte IUD?

LITERATUUR

- 1 Valle RF, Sciarra JJ, Freeman DW. Hysteroscopic removal of intrauterine devices with missing filaments. *Obstet Gynecol* 1977; 49: 55-60.
- 2 Evers H, Exalto N, Mastboom JL. Het zoekgeraakte IUD. *Ned Tijdschr Geneesk* 1978; 122: 1765.
- 3 Tadesse E, Wamsteker K. Evaluation of 24 patients with IUD-related problems: hysteroscopic findings. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1985; 19: 37-41.
- 4 Husemeyer RP, Gordon H. Retrieval of contraceptive-device threads from within the uterine cavity. *Lancet* 1979; i: 807-8.
- 5 Zakin D, Stern ZW, Rosenblatt R. Complete and partial uterine perforation and embedding following insertion of intrauterine devices. II. Diagnostic methods, prevention and management. *Obstet Gynecol Surv* 1981; 36: 401-17.
- 6 Valle RF. Hysteroscopy for gynecologic diagnosis. *Clin Obstet Gynecol* 1983; 26: 253-76.

Groningen, augustus 1985

D.J. TINGA
D.H. BOGCHELMAN
A.L. THURKOW

Wij zijn de collegae Tinga, Bogchelman en Thurkow dankbaar voor hun nuttige aanvulling op onze Klinische Les. Tot op heden is de door ons beschreven methode nog niet mislukt. In het verleden werd door ons enkele malen een IUD verwijderd met behulp van hysteroscopie. Toch dient erop gewezen te worden dat hysteroscopie een meer

invasieve ingreep is dan echoscopie. Ons advies zou dan ook zijn om in eerste instantie de echoscopische methode te volgen; mocht het hiermee niet lukken een zoekgeraakt IUD te verwijderen, dan kan men in tweede instantie kiezen voor een hysteroscopische techniek.

's-Hertogenbosch,
Nijmegen, augustus 1985

J.G. NIJHUIS
C.P.T. SCHIJF
T.K.A.B. ESKES

De gevaren van het plotseling staken van geneesmiddelen

De Graeff vermeldt in zijn artikel (1985; 1034-9) helaas de anti-parkinsonmiddelen niet onder een apart hoofdstuk. Zowel de dopamine-agonisten (o.a. levodopa, bromocriptine) als de centraal werkzame anticholinergica (orfenadrine, benzatropine, en vele andere) kunnen bij staken na langdurige toediening ernstige onthoudingsverschijnselen veroorzaken. Tot deze verschijnselen behoren natuurlijk de extrapiramidale verschijnselen, zoals stijfheid, tremoren, spiertrekkingen en krampen, maar ook psychische stoornissen zoals angst, onrust, verwardheid, agressie en psychotische verschijnselen, zoals wanen en hallucinaties.¹ De anti-parkinsonmiddelen kunnen een psychische afhankelijkheid veroorzaken die tot grote problemen kan leiden bij staken van het gebruik ervan.^{2,4}

Dat extrapiramidale verschijnselen vooral ontstaan na behandeling met butyrofenonen en sommige fenothiazinen is een wijdverbreid misverstand⁵ dat steeds weer, gebaseerd op handboeken, wordt overgeleverd en zijn eigen leven is gaan leiden. Dit verkeerde beeld hangt waarschijnlijk samen met het te hoog doseren bij de aanvang van een therapie met neuroleptica.⁶ Potente neuroleptica kan en moet men anders hanteren dan zwak werkzame neuroleptica. Het is niet ongebruikelijk om in Nederland (en elders: V.S.!) bij de behandeling van een psychotische patiënt met 3 × 5 mg haloperidol (of zelfs hoger) te beginnen. In antipsychotische equivalentie zou dat overeenkomen met een aanvangsdosis van 900, 1275 en 2250 mg van respectievelijk thioridazine, chloorpromazine of sulpiride (7-9). Niemand haalt dat (terecht) in zijn hoofd. Alle neuroleptica hebben een ongeveer gelijke kans op het induceren van extrapiramidale verschijnselen; het hangt af van de manier waarop men ze gebruikt.⁶

Er is eveneens geen enkele onderbouwing voor de bewering dat butyrofenonen (zoals haloperidol) meer kans zouden hebben tardieve dyskinesie te veroorzaken.^{9,10} Het tegendeel lijkt aannemelijk,^{11,12} mits men juist met neuroleptica omgaat. Natuurlijk moeten deze farmaca, zoals alle farmaca, zo kort mogelijk en in een zo laag mogelijke dosering worden gebruikt. Het routinematig, profylactisch, langdurig en bijna altijd nodeloos voorschrijven van anti-parkinsonmiddelen, vooral bij potente neuroleptica die men te hoog doseert, moet stilaan als een fout beschouwd worden. Men verliest immers iedere grip op de dosering van het neurolepticum. Hier ligt ook de grote schuld voor bijwerkingen die pas ontstaan na langdurig gebruik of staken van neuroleptica. Dit onjuist gebruik van anti-parkinsonmiddelen kan niet duidelijk genoeg bestreden worden.^{8,13,14}

LITERATUUR

- 1 Manen J van. Morbus Parkinson; hartinfarct en dopaminerge therapie. *Hart Bulletin* 1984; 15: 164-6.