

rustige en stabiele indruk, al geeft hij toe soms wat snel geprikkeld te zijn – maar is dat verbazend na het voorafgaande? Het huwelijk is goed, de patiënt ondervindt veel steun van zijn echtgenote: “Iemand alleen zou dit nooit aankunnen”.

G. F. BÖGELS,
zenuwarts/psychoanalytica

Nijmegen, november 1985

Publikaties over de relatie van Sigmund Freud en Wilhelm Fliess zijn niet van zó recente datum.¹ Ook de in de taal vastgelegde verbanden tussen reukorgaan en emotioneel beleven zijn door mij eerder beschreven.^{2,3} Desondanks heb ik mij, naar aanleiding van de reactie van collega Bögels, afgevraagd of ik mij wellicht schuldig maak aan een neurotische verhoogde waakzaamheid van mijn afweersystemen. Ik geloof van niet. Van de ruim honderd patiënten met cluster-hoofdpijn die ik onder behandeling heb, is een belangrijk deel psychiatrisch onderzocht, zonder dat hierbij consistente afwijkingen zijn gevonden. Ik verwijs in dit verband ook naar de monografie van Kudrow.⁴ Psychotherapie heeft bij mijn patiënten helaas nimmer tot genezing van de aandoening geleid.

Een Klinische Les dient om een bepaald ziektebeeld kort, plastisch en ‘pakkend’ voor het voetlicht te brengen. Dientengevolge is zij ook onvolledig. Misschien ben ik, voor wat de psychiatrische aspecten van cluster-hoofdpijn betreft, in die onvolledigheid te ver gegaan. Indien bij één van de eerste gesprekken met mijn patiënten – en deze duren langer dan tien minuten, al kan de diagnose in tien minuten gesteld worden – een vermoeden van psychopathologie ontstaat, aarzel ik niet hem, of soms haar, naar een psychiater te verwijzen. Dit ter geruststelling van collega Bögels.

LITERATUUR

- 1 Wentges RThR. Wilhelm Fliess en de nasale reflexneurose. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 278-84.
- 2 Wentges RThR. De neus van Frederik van Eeden. De Gids 1977; mei: 164-78.
- 3 Wentges RThR. De neus in de boeken. Inaugurale rede. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, 1983.
- 4 Kudrow L. Cluster headache. Mechanisms and management. Oxford: Oxford University Press, 1980.

R. TH. R. WENTGES

Nijmegen, november 1985

Spermadonorschap en anonimiteit

Ik wil mij alsnog aansluiten bij degenen die door middel van een ingezonden brief hun ongenoegen hebben geuit over de opvattingen van Kremer (1985; 934-5). Een aantal relevante aspecten is in de discussie niet of nauwelijks belicht, bijvoorbeeld:

1. Kremer pleit voor geheimhouding door de ouders van de donorinseminatie. Hij acht het in het belang van (o.a.) de ouders hierover met niemand te spreken. De opmerking van Kroon, dat de ouders hierdoor gedwongen zijn de moeilijke beslissing – ‘wel of niet KID?’ – vrijwel alleen te nemen, doet Kremer als nonsens af (1985; 1300-1). Het gezaghebbende onderzoek van Snowden et al. stelt Kroon echter in het gelijk: volgens vele ouders had hun isolement in grote mate bijgedragen aan de toch al aanzienlijke stress.¹ Openheid blijkt therapeutisch te werken.

2. Kremer stelt terecht dat veel paren zelf om geheimhouding vragen. De vraag is echter waarom ze dit doen. De door Snowden et al. geïnterviewde paren gaven diverse redenen op. Zij vonden geheimhouding primair in het belang van het kind. Snowden et al. merken echter op dat KID-kinderen die over hun ontstaan werden ingelicht hierop gunstig reageerden. Boven-

dien blijkt uit onderzoek dat adoptiekinderen die een vermoeden hadden over hun oorsprong hun ouders niet daarnaar durfden te vragen. Dit lijkt volgens Snowden et al. ook voor KID-kinderen op te gaan.² Als dit zo is leidt niet openheid maar geheimhouding tot grote verwarring bij het kind. Snowden et al. kregen sterk de indruk dat de eigenlijke reden voor geheimhouding bestond in het beschermen van de infertiele man tegen stigmatisering. Deze geheimhouding achten Snowden et al. wegens het stress-verhogende effect ervan, contraproductief. Hij pleit daarom voor een betere voorlichting aan het publiek om zo de vooroordelen rond mannelijke infertiliteit te elimineren.^{3,4}

3. Het is gezien het bovenstaande begrijpelijk dat velen vinden dat ouders morele en prudentiële (op het eigenbelang betrokken) redenen hebben voor openheid. De discussie gaat nu vooral over de vraag of het ingelichte kind het morele recht heeft op het kennen van de identiteit van de donor, of (slechts) op het kennen van enige niet-identificerende gegevens betreffende de donor. Ik merk in dit verband op dat er géén dwingend verband bestaat tussen het opheffen van de anonimiteit van de donor en een ernstige vergroting van het schaarsteprobleem. Dit blijkt duidelijk uit een in Victoria (Australië) onder donoren gehouden enquête.⁵ De door Kremer aangehaalde ontwikkeling in Zweden bewijst dus niet zoveel.

LITERATUUR

- 1 Snowden R, Mitchell GD, Snowden EM. Artificial reproduction. London: Allen & Unwin, 1983; 83-4, 138-9.
- 2 Snowden R, Mitchell GD, Snowden EM. Artificial reproduction. London: Allen & Unwin, 1983; 98-9.
- 3 Snowden R, Mitchell GD, Snowden EM. Artificial reproduction. London: Allen & Unwin, 1983; 124.
- 4 Report of the Committee of inquiry into human fertilisation and embryology. London: Allen & Unwin, 1984; 28.
- 5 Singer P, Wells D. The reproduction revolution. Oxford: Oxford University Press, 1984; 74.

G. DE WERT

Maastricht, oktober 1985

Wanneer De Wert mijn antwoord aan Kroon aandachtig zou hebben gelezen, zou hij hebben opgemerkt dat ik diens opmerking niet als ‘nonsens’ heb afgedaan.¹ Ik heb erop gewezen dat uit onze enquête onder KID-ouders is gebleken dat het alléén nemen van de moeilijke beslissing tot KID slechts door 8-10% van de echtparen als een nadeel werd ervaren.² Voorlichtingslectuur en gesprekken met de huisarts maakten dat 90% geen verder contact of begeleiding nodig vond.

Waarom De Wert het onderzoek van Snowden et al. gezaghebbend noemt, is mij niet duidelijk. Dit interessante onderzoek bestaat voor een deel uit interviews met 57 ouders van jonge KID-kinderen (jonger dan 6 jaar) en voor een deel uit interviews met 10 ouders met KID-kinderen ouder dan 18 jaar. De laatste groep is wegens de gevolgde selectieprocedure niet representatief. Het onderzoek wekt de indruk dat de schrijvers bepaalde resultaten vooral aanvoeren om aan te tonen dat geheimhouding van KID ten opzichte van familie, vrienden en kind(eren) onnodig en ongewenst is. Het belangrijkste verschil tussen hun onderzoek en het onze is dat wij de antwoorden van alle 134 geënquêteerde echtparen onverkort in tabellen weergeven en de conclusies aan de lezer overlaten terwijl Snowden et al. zelf conclusies trekken en die vooral baseren op die interviews die steun geven aan hun eigen vóóronderstellingen.

De indruk van Snowden et al. dat de belangrijkste reden voor geheimhouding van KID het beschermen van de infertiele man tegen stigmatisering zou zijn, lijkt mij correct. Maar hebben deze echtparen daartoe niet het volste recht? Overigens wijzen Snowden et al. er ook nadrukkelijk op dat bezorgdheid van de

ouders voor stigmatisering van hun kind(eren) eveneens een belangrijke reden is om de KID niet in de openbaarheid te willen brengen. Dat volwassen donorkinderen die op de hoogte komen van hun ontstaanswijze een bestaande affectieve relatie met hun ouders kunnen behouden, wordt met enkele voorbeelden geïllustreerd (bl. 95-9). Dit is waarschijnlijk vooral te danken aan het feit dat deze, door de ouders zeer gewenste kinderen, met zorg en liefde zijn opgevoed. Dit betekent echter niet dat ook het jonge kind een dergelijke mededeling probleemloos zal kunnen verwerken.

Tenslotte stelt de inzender dat de ontwikkeling in Zweden (het sluiten van bijna alle KID-centra door een tekort aan spermadonors - JK) niet zoveel bewijst, omdat een enquête in Victoria (Australië) heeft uitgewezen dat 61% van de onder-vraagde spermadonors er in toestemde dat hun identiteit bekend werd gemaakt aan de kinderen als deze 18 jaar zouden zijn geworden.⁴ De enige conclusie die mijns inziens uit deze tegenstrijdigheid mag worden getrokken is dat de spermadonors in Zweden kennelijk een andere mentaliteit hebben dan die in Victoria.

LITERATUUR

- 1 Kroon D. Spermadonorschap en anonimiteit. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1300-1.
- 2 Kremer J, Frijling BW, Nass JLM. Donorinseminatie en privacy. Med Contact 1981; 36: 41-4.
- 3 Snowden R, Mitchell GD, Snowden EM. Artificial reproduction. London: Allen & Unwin, 1983.
- 4 Singer P, Wells D. The reproduction revolution. Oxford: Oxford University Press, 1984.

J. KREMER

Groningen, oktober 1985

Hebben kinderen die met cytostatica worden behandeld extra mondverzorging nodig?

In aansluiting aan het belangwekkende artikel van Stalman, Van Dijk en Buiting-Hazelaar (1985; 2060-2) kan nog het volgende gemeld worden. Bij patiënten met subjectieve klachten voortkomende uit mucositis op de orale mucosa en tong of erosies die zich dreigen te ontwikkelen tot ulceraties is ons gebleken dat toepassing van sucralfaat-suspensie (10%) lokaal geapliceerd bijzonder effectief kan zijn. Terugdringen van de aandoening met parallel daaraan vermindering van de pijn kan zich binnen een week voltrokken hebben. Gezien onze ervaringen wilden wij u deze farmacotherapeutische benadering niet onthouden.

A. A. VAN SORGE,
ziekenhuisapotheker
H. J. LAMERS,
internist

Arnhem, oktober 1985

Hyperventilatie en verlengd QT-interval

Woudstra et al. (1985; 2210-3) stellen, naar aanleiding van enkele gevallen van de ziekte van Romano-Ward, dat de diagnose hyperventilatie per exclusionem gesteld moet worden. Het hyperventilatiesyndroom is thans wat minder in de belangstelling, maar komt nog veel voor en wordt vermoedelijk nog te weinig herkend. Het is moeilijk te beslissen hoeveel en welk onderzoek gedaan moet worden om andere oorzaken uit te sluiten. Een hulpmiddel dat nooit wordt genoemd, noch door Woudstra et al. noch in een recent artikel over hyperventilatie,¹ is de reflex van Chvostek. De reflex van Chvostek blijkt meestal positief te zijn en de sterkte van de reflex is evenredig met de

ernst van de klachten. Het is mogelijk drie graden van reflexsterkte te onderscheiden: (I) het cupidoboogje reageert; (II) de mondhoek trekt naar lateraal en (III) de neusvleugel doet ook mee. Bij behandeling met sedativa van chronisch hyperventileren blijkt de reflexsterkte van graad III terug te gaan naar graad II of I. Bij het chronisch hyperventileren bestaat een permanente alkalose, waardoor het calcium in het serum minder geïoniseerd zou zijn. De reflex neemt in sterkte af hoe dichter de patiënt met hyperventilatie bij de leeftijd van 50 jaar komt, en wordt daarmee steeds onbetrouwbarder. Ook bij aanvallen van acuut hyperventileren heeft het opwekken van de reflex geen zin wegens de onrust in het gelaat van de patiënt.

Ondanks deze beperkingen is de reflex van Chvostek voor mij toch een hulpmiddel bij het stellen van de diagnose chronische hyperventilatie dat in de huisartsenpraktijk kan worden toegepast, maar ook in tropisch Afrika, waar hyperventileren in bepaalde gebieden veel voorkomt. Als een patiënt onder de 40 jaar hyperventilatie-achtige klachten heeft en als de reflex van Chvostek positief is, is dat een aanwijzing voor chronische hyperventilatie. Als de reflex negatief is, is verder onderzoek beslist geïndiceerd. Vanzelfsprekend kan de positieve reflex van Chvostek een symptoom zijn van hypocalciëmie, maar de kans dat dit de oorzaak is, is zo klein dat de reflex daarvoor niet als diagnosticum beschouwd kan worden; laboratoriumonderzoek zal de hypocalciëmie moeten bewijzen.

Bass en Gardner in de *British Medical Journal* wijzen erop dat ernstige hyperventilatie kan voorkomen zonder dat er neurotische stoornissen zijn.¹ Dat maakt het stellen van de diagnose er niet makkelijker op en juist dan is het nuttig als hulpmiddel de reflex van Chvostek te hebben.

LITERATUUR

- 1 Bass C, Gardner WN. Respiratory and psychiatric abnormalities in chronic symptomatic hyperventilation. Br Med J 1985; 290: 1387-90.

A. C. JELLEMA

Heerde, november 1985

Wij danken collega Jellema voor de interessante aanvulling op ons artikel met de reflex van Chvostek, welke inderdaad door ons niet is genoemd. Het voorkomen hiervan bij hyperventilatie had echter wel uit de door ons vermelde verschijnselen afgeleid kunnen worden. Naar onze mening moet de reflex van Chvostek gezien worden als een gevolg van de bij hyperventilatie optredende neuromusculaire prikkelingsverschijnselen. Onder invloed van de hypocapnie treden spontane ontladingen van zenuwcellen op, met als gevolg paresthesiën en vermindering in de kwaliteit van de motorische verrichtingen. De alkalose draagt bij aan deze verschijnselen door bevordering van de intrede van calcium in de zenuwcellen, terwijl er tevens verlaging van de geïoniseerde fractie van het calcium in het plasma door wordt veroorzaakt. Dit alles kan leiden tot tetanische verschijnselen, zoals corpopedale spasmus en het optreden van de reflex van Chvostek en het teken van Trousseau. Overigens worden de laatstgenoemde verschijnselen bij hyperventilatie ook beschreven in het leerboek neurologie van Mumenthaler.¹

Waarom chronisch hyperventileren juist in bepaalde gebieden van tropisch Afrika vaak zou voorkomen, is ons - uit de ons ter beschikking staande literatuur - niet bekend.

Wij zijn het eens met de conclusie van collega Jellema, dat het stellen van de diagnose hyperventilatie niet eenvoudig is. De diagnose (psychisch bepaald) 'hyperventilatiesyndroom' wordt nog steeds te snel gesteld zonder verrichten van nader onderzoek naar eventuele andere oorzaken. De strekking van ons artikel was dan ook o.a. om hyperventilatie éérs als 'symptoom' te beschouwen (dus deel uitmakend van of gelijkend op organische, vaak ernstige ziektebeelden), en pas in laatste instantie als psychisch 'syndroom'.