

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 Geneeskd 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'.