

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 onbetrouwbaarder. 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 verlaaging van de geïoniseerde fractie van het calcium in het plasma door wordt veroorzaakt. Dit alles kan leiden tot tetanische verschijnselen, zoals corpopedale spasms 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'.

LITERATUUR

¹ Mumenthaler M. Anfallartige motorische oder sensibele nichtepileptische Störungen. In: Mumenthaler M. Neurologie. 5. Aufl. Stuttgart: Thieme, 1976: 299-300.

S. WOUDESTRA
C. H. L. KLAASSEN
A. H. W. MULDER

Utrecht, december 1985

Heeft ultrageluid neveneffecten?

Met grote belangstelling lezen wij het artikel van Bom et al. (1985; 2150-5). Zij wijzen hierin terecht op het feit dat bij hogere doses ultrageluidsenergie op moleculair niveau beschadiging zou kunnen optreden. De intensiteit van de ultrageluidsbundel die door de transducer uitgezonden wordt, kan zowel in tijd als in ruimte variëren. Om uitspraken te doen over de totale energie die gedurende langere tijd aan de patiënt wordt geapplied, is het belangrijk het ultrageluidsvermogen te beschouwen in afhankelijkheid van ruimte en tijd. Het is in dat kader onzes inziens onontbeerlijk om naast de door Bom et al. gedefinieerde intensiteiten SATA (spatial average, temporal average), SPTA (spatial peak, temporal average) en SPTP (spatial peak, temporal peak) eveneens de effective radiation area (ERA)-waarde en de beam nonuniformity ratio (BNR)-waarde te vermelden.

ERA-waarde. Binnen de (fysio)therapie wordt de intensiteit aangegeven met de effectieve intensiteit (Ieff.). Deze is gedefinieerd als het totale ultrageluidsvermogen gedeeld door een omschreven bundeldoorsnede. De bundeldoorsnede die voor de bepaling van Ieff. belangrijk is, wordt het effectief stralende oppervlak effective radiation area (ERA) genoemd, en uitgedrukt in cm². De ERA zal kleiner zijn dan de (opgegeven) nominale waarde, hetgeen tot gevolg heeft dat bij het kleiner worden van de ERAnom. de effectieve intensiteit (Ieff.) zal toenemen.

$$I_{\text{eff.}}(\text{nom.}) = P_{\text{eff.}}(\text{nom.})/ERAnom.$$

BNR-waarde. Ultrageluidsbundels zijn veel minder homogeen dan men zich dikwijls voorstelt.¹ Zowel dwars op als langs de bundelas varieert de intensiteit; plaatselijk kunnen in de bundel hoge piekintensiteiten voorkomen. De BNR is gedefinieerd als de verhouding van de grootste optredende SPTA ergens in de bundel en over de ERAeff. gemiddelde intensiteit.

$$BNR = SPTA/I_{\text{eff.}}$$

Bij een BNR-waarde groter dan 1 zal een plaatselijke intensiteit optreden, die het produkt is van de grootheden Ieff. en de BNR-waarde zelf, die groter zal zijn dan de ingestelde intensiteit op het apparaat. In de praktijk ligt de BNR-waarde vrijwel steeds tussen 2 en 6, soms zijn er waarden oplopend naar 10.¹ De BNR-waarde geeft aan hoe groot de intensiteit in het weefsel kan worden; om de kans op weefselbeschadiging zo gering mogelijk te houden, is het belangrijk de BNR-waarde zo laag mogelijk te houden. Voor therapeutische toepassing op dieper gelokaliseerde structuren geldt bovendien dat de intensiteit hoger ingesteld dient te worden dan bij de behandeling van oppervlakkiger weefsel noodzakelijk is. Dit impliceert dat bovenliggende, niet gelaedeerde structuren een hogere dosis ultrageluidsenergie ontvangen dan de werkelijk aangetaste regio. Zonder zich schuldig te maken aan 'nutteloze opwinding', moet men zich toch afvragen of dieper gelokaliseerde aandoeeningen tot een veilig indicatiegebied voor therapeutische ultrageluidsapplicaties mogen worden gerekend.

Tenslotte dient te worden opgemerkt dat de opvatting, dat een 'warmte-effect juist de opzet van de behandeling' zou zijn, binnen de fysiotherapie in Nederland wat betreft de ultrageluidstherapie ter discussie staat en dat hieromtrent vooralsnog geen opinio communis bestaat.

LITERATUUR

¹ Rapport Medisch Technologische Dienst TNO, MTD-8518 1985; 14-54.

C. LUCAS
R. VAN EWIJK,
fysiotherapeuten

Nieuw Vennep,
Amsterdam, december 1985

Sensibilisatie door chlooramfenicol

Het zeer lezenswaardige artikel van Dikland et al. over sensibilisatie door chlooramfenicol (1985; 1978-80) doet inderdaad vermoeden dat in de desbetreffende regio relatief veel chlooramfenicol lokaal gebruikt wordt. Niet alleen het aantal voor chlooramfenicol allergische patiënten van Kruyswijk en Polak¹ is laag, maar ook dat van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam (Sadat en Van Ketel² meldden voor de periode 1973-1979 slechts 8 patiënten). Sindsdien zijn er 2 nieuwe gevallen bijgekomen. Verder is opvallend dat slechts 3 van deze patiënten gesensibiliseerd werden door het gebruik van oog-oorpreparaten. Of het bij een dergelijke frequentie van sensibilisatie nuttig is om vóór gebruik een proefapplicatie te verrichten zonder anamnestiche of klinische indicatie, om een op zichzelf zeldzame ernstige reactie te kunnen voorspellen, is twijfelachtig.

Jammer is dat in het artikel gesproken wordt van een 'gebruikstest'. Uit de beschrijving lijkt het namelijk om een gewone plakproef te gaan met het door patiënt gebruikte produkt (dus 'as is'). De uitdrukking gebruikstest ('use test') slaat echter op het 3-5 dagen, zonder afdekking, aanbrengen op de huid van een preparaat dat ervan verdacht wordt dermatitis-lachten te veroorzaken.³

LITERATUUR

¹ Kruyswijk MRJ, Polak BCP. Contactallergie na toepassing van oogdruppels en oogzalven. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 1449-52.

² Sadat S, Ketel WG van. Allergie voor chlooramfenicol. Nieuwsbrief Contactdermatologie 1980; 7: 99.

³ Fregert S. Manual of contactdermatitis. 2e ed. Copenhagen: Munksgaard, 1982: 80.

D. P. BRUYNZEEL

Amsterdam, november 1985

Gaarne danken wij collega Bruynzeel voor zijn nuttige commentaar. De opmerking een proefapplicatie te doen, ten einde een bestaande sensibilisatie voor chlooramfenicol uit te sluiten, is geplaatst tegen de achtergrond van onze bevindingen in de eigen regio (8 patiënten met sensibilisatie voor chlooramfenicol). Een proefapplicatie tevoren verricht met een lokaal toe te passen medicament is in het algemeen zinvol, indien alleen op anamnestiche gronden aan het bestaan van een overgevoeligheid voor het betreffende middel gedacht wordt, terwijl gebruik toch wenselijk is. Wij vonden acht positieve 'patch tests' voor chlooramfenicol, tegen vijf voor aminoglycosiden, in het bijzonder neomycine, in dezelfde periode. Men kan zich afvragen of het gebruik van chlooramfenicol en deze andere groep veel gebruikte lokale antimicrobiële middelen zich weerspiegelt in de wisselende percentages van sensibilisatie voor deze stoffen.¹

De uitdrukking 'gebruikstest' is, zoals terecht opgemerkt, niet geheel juist. Wij hebben gekozen voor een gesloten gebruikstest, omdat de resultaten beter te vergelijken zijn met gestandaardiseerde antigenen en omdat in de praktijk bij oog-oorinfecties lokaal toegepaste medicamenten vaak onder occlusie plaatsvinden. In de literatuur bestaat bovendien geen duidelijke consensus over de exacte toepassing van de gebruikstest, 1-3 x daags met een spreiding van drie tot zeven dagen.^{2,3}