

automatische spuit 400 mg lidocaïne in de M. deltoideus en de controlegroep kreeg dit niet. In het eerste uur kregen 8 behandelde patiënten en 17 controlepatiënten primair KF; na een eerste kwartier was dit verschil veel groter: 2, resp. 12. Op één na kon bij ieder het sinusritme hersteld worden. Bijna een derde van de patiënten bleek een hartinfarct te hebben: 34% in de behandelde en 31% in de onbehandelde groep. Van de laatsten, 929 patiënten, kreeg 1,8% primair KF in het eerste uur. In het bovengenoemde onderzoek van Lie et al. was de concentratie lidocaïne in het plasma na intraveneuze toediening 3 µg/ml; in de door Koster en Dunning behandelde groep was de concentratie 15 minuten na de intramusculaire injectie zelfs 50% hoger. Dat een kwartier nodig was om dit peil te bereiken, verklaart waarom het verschil tussen de behandelde en de onbehandelde groep pas na 15 minuten statistisch significant was. De schrijvers geven in overweging of men allen die menen een infarct te hebben zichzelf al een injectie met de automatische spuit moet laten toedienen.

In een redactioneel artikel prijst Lown het goed opgezette en goed uitgevoerde Nederlandse onderzoek.⁴ Hij vindt de uitkomsten en de conclusie belangrijk, maar hij berekent dat men 150 patiënten moet behandelen om er één te kunnen redden. Omdat lidocaïne gevaarlijke bijwerkingen kan hebben (o.a. asystolie) en omdat bij zelf toedienen nog meer mensen onnodig lidocaïne zouden krijgen dan nu is beschreven, kan hij deze vorm van profylaxe niet aanbevelen.

LITERATUUR

- 1 Lie KI, Wellens HJ, Capella FJ van, Durrer D. Lidocaine in prevention of primary ventricular fibrillation. *N Engl J Med* 1974; 291: 1324-6.
- 2 Dunn HM, McComb JM, Kinney CD, et al. Prophylactic lidocaine in the early phase of suspected myocardial infarction. *Am Heart J* 1985; 110: 353-61.
- 3 Koster RW, Dunning AJ. Intramuscular lidocaine for prevention of lethal arrhythmias in the prehospitalization phase of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1985; 313: 1105-10.
- 4 Lown B. Lidocaine to prevent ventricular fibrillation. *N Engl J Med* 1985; 313: 1154-6.

S. BERREKLOUW

Verloskunde en vrouwenziekten

Bestaat er een polykysteus ovariumsyndroom?

Het wordt steeds duidelijker dat het zogenaamde polykysteuze ovariumsyndroom geen apart ziektebeeld vormt, maar dat het een vergaarbak is van tal van symptomen en verschijnselen zoals: polykysteuze ovaria, hirsutisme, amenorroe, adipositas, steriliteit. Typisch zou een normaal oestrogeenpeil, met een verhoogd androgeen- en luteïniserend hormoongehalte zijn. Geen enkele vrouw kan aan alle criteria voor het syndroom voldoen, de oorzaak wordt steeds ergens anders gezocht en een alom aanvaarde therapie bestaat niet. Moltz et al. beschrijven de resultaten van klinische, biochemische en laparoscopische bevindingen bij 50 vrouwen met een verhoogde testosteron- (of) dehydro-epiandrosteronsulfaatpiegel in het plasma.¹ Van deze vrouwen bleken er 33 vergrote ovaria te hebben en de overige 17 niet. Door hormoonbepalingen in het perifere bloed en in de venen van de eierstokken en de bijnieren toonden de auteurs aan dat bij 11 van de vrouwen de androgene stoffen alleen in de ovaria werden geproduceerd, bij 6 uitsluitend in de bijnieren en dat bij de overigen de overproductie zowel aan de eierstokken als aan de bijnieren kon worden toegeschreven. Ook de zogenaamde dynamische functietests bleken niet specifiek te zijn. Zo bleek dexamethason niet alleen de adrenale maar ook de ovariële androgeenproductie te remmen. Stimulatie met LH-RH bleek ook de adrenale androgeensecretie aan te zetten, nadat men aanvankelijk aannam dat dit alleen de ovaria kon stimuleren.

De auteurs pleiten ervoor niet meer van het polykysteuze ovariumsyndroom te spreken en uitsluitend de diagnose te benoemen naar de gevonden afwijkingen. Benamingen zoals polykysteuze-ovariumsyndroom zonder polykysteuze ovaria, atypisch polykysteuze-ovariumsyndroom en tal van andere titels vergroten de verwarring.

LITERATUUR

- 1 Moltz L, Sörensen R, Römmler A, Schwartz U. Polyzystische Ovarien: eigenständiges Krankheitsbild oder unspezifisches Symptom? *Geburtsh Frauenheilkd* 1985; 45: 107-14.

P. G. HART

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)

De aanwezigheid van ouders bij medische handelingen en bij het inleiden van de narcose

De verdienste van dit artikel (1986; 17-20) is dat schrijfster een discussie mogelijk maakt over een in haar ogen controversieel punt. In deze literatuurstudie wordt er a priori van uitgegaan dat het aanwezig zijn van ouders bij medische handelingen gunstig is.

1. Voor het kind?
2. Voor de ouders?
3. Voor het behandelende medische team?

De opmerking in de conclusie dat ondanks alle menselijke maatregelen er toch nog stress overblijft, is op z'n zachtst gezegd tendentius. Dit impliceert dat alles wat buiten deze maatregelen valt, onmenselijk is. Als men deze preoccupatie heeft, dan is het waarschijnlijk niet moeilijk om het standpunt met literatuurgegevens te adstrueren. Hoe men stress bij een kind meet, is

duidelijk voor de schrijfster; mij is dit na lezing van het artikel niet opgehelderd, maar blijft vaag.

In mijn 25-jarige loopbaan als anesthesist heb ik veel met kinderen tijdens en na de operatie te doen gehad. Ook heb ik steeds veel overleg gevoerd met het kind, de ouders, verpleging en tegenwoordig ook de pedagogische medewerkers. Liefdevolle benadering van een patiënt, of het nu een kind of een volwassene betreft, blijft de grondslag voor al ons medisch handelen. In deze benadering kan bij kinderen ook een plaats zijn voor ouders, maar dit zal men steeds per patiënt en per gebeurtenis moeten bepalen zonder vooringenomen standpunt.

Om als buitenstaander die geen ervaring heeft met kinderen die voor narcose moeten worden ingeleid of uit narcose bijkomen, voorschriften te geven hoe we ons als anesthesisten moeten gedragen, lijkt mij aanvechtbaar.

L. DEEN

Amsterdam, januari 1986

Uit de discussie tijdens en na het symposium 'Kind en Narcose', dat de Landelijke Vereniging Kind en Ziekenhuis in maart 1985 heeft georganiseerd, is gebleken hoe verschillend de situatie in de Nederlandse ziekenhuizen is wat betreft de mogelijkheid voor ouders om aanwezig te zijn bij de inleiding tot de narcose van hun kind. Zo is de aanwezigheid van één van de ouders bijvoorbeeld in het Emmakinderziekenhuis te Amsterdam al jaren gebruikelijk tot volle tevredenheid van (1) kind, (2) ouders en (3) het behandelende medische team, terwijl bijvoorbeeld in tal van andere ziekenhuizen deze aanwezigheid van de ouder juist wordt tegengegaan.

De controverse is derhalve in de praktijk aanwezig en voor mij de reden om een bijdrage aan de discussie te leveren door een overzicht te geven van buitenlandse en binnenlandse literatuur over dit onderwerp. Dat dit overzicht in een bepaalde richting wijst, wordt niet veroorzaakt door selectie mijnerzijds, maar door het feit dat in sommige landen (bijv. Denemarken) de aanwezigheid van de ouders als vanzelfsprekend wordt beschouwd en praktijkervaring derhalve ruimschoots aanwezig is. Wat ik mis in de discussie zowel rond het symposium als in de brief van collega Deen zijn duidelijke argumenten vanuit het medische team, waaruit blijkt dat het niet zinnig is om ouders aanwezig te laten zijn.

De argumenten mijnerzijds worden aangedragen vanuit een professionele orthopedagogische visie (gepreoccupeerd?). Wanneer deze door anesthesisten aanvechtbaar wordt geacht, zou ik dat graag vanuit hun professionele medische visie zien beargumenteerd. Het beleid rond de ziekenhuissituatie van kinderen wordt al geruime tijd bepaald door verscheidene disciplines. Ook het beleid rond de inleiding tot de narcose zal optimaal tot stand kunnen komen, wanneer meer disciplines hun standpunten kenbaar mogen maken en deze niet opgevat worden als voorschriften, maar als een poging tot heroverweging van het beleid door onderlinge uitwisseling van ervaringen en kennis.

W. J. C. BOELEN-VAN DER LOO

Almelo, februari 1986

Op het verkeerde spoor

Gaarne wil ik reageren op deze klinische les (1986; 49-51). In mijn ervaring is de allereerste en belangrijkste aanwijzing voor een mononucleosis infectiosa het feit dat de lymfklieren achter de Mm. sternocleidomastoidei vergroot zijn. Slechts een heel enkele keer heb ik misgetast (letterlijk of figuurlijk) doordat de vergroting op dat moment ontbrak, of doordat er toch een ander ziektebeeld bestond. In ieder geval ware in een klinische les een waardering van dit symptoom binnen de differentiële diagnose te vermelden geweest. Tevens zou het interessant zijn te weten of na een objectieve, niet door de kliniek beïnvloede beoordeling van de bloeduitstrijk de diagnose mononucleosis infectiosa niet als eerste op de lijst zou staan. Verder vraag ik mij af of er geen indicatie bestaat voor een cytologisch onderzoek van een lymfklierpunctaat met een dunne naald? Dat is een heel wat minder ingrijpende methode dan beenmergpunctie.

L. KUENEN

Leiden, januari 1986

Wij zijn het met collega Kuenen eens dat cervicale lymfadenopathie zelden ontbreekt bij een recente mononucleosis infectiosa. Er zijn echter vele andere aandoeningen waarbij zich eveneens cervicale lymfadenopathie kan voordoen, zoals bij een acute lymfatische leukemie. Dit neemt niet weg dat wij de cervicale lymfadenopathie toch expliciet hebben vermeld als behorende tot de criteria op grond waarvan de diagnose mononucleosis infectiosa ook bij deze patiënte werd gesteld.

Het bloeduitstrijkpreparaat werd, zoals de gewoonte is in onze kliniek, ook door anderen beoordeeld, waarbij in de differentiële diagnose uiteraard een recente virusinfectie en een mononucleosis werden genoemd. Een beenmergpunctie werd bij patiënte niet verricht ter bevestiging van deze mogelijkheid, maar ter uitsluiting van een acute leukemie, onder welke diagnose patiënte naar ons was overgeplaatst. Een lymfklierpunctie behoort o.i. niet tot het diagnostisch arsenaal bij een verdenking op mononucleosis infectiosa.

TH. DE WITTE

Nijmegen, januari 1986

J. HOLTSLAG

Euthanasie heeft geen wetgeving nodig

In hun artikel (1986; 223-5) gaan Langemeijer et al. in op het belangrijke probleem. Ik wilde enige kanttekeningen maken.

1. Het handelen van een medicus is nog geen medisch handelen. Een medicus die iemand al of niet in woede doodslaat, pleegt doodslag of moord. Een SS-kamparts die al of niet in witte jas met behulp van aan de medische wetenschap ontleende technieken experimenten uitvoert op gevangenen, is een moordenaar.

2. Het medisch tuchtrecht bemoeit zich met het medisch handelen, maar veel vaker met het handelen van een arts in relatie tot een patiënt/cliënt. Langemeijer et al. geven aan dat de 'medische tuchtrechter al tientallen jaren heel goed uit de voeten kan'. Ik betwijfel of de cliëntenbonden en degenen, die goed thuis zijn in de wereld van het medisch handelen, daar ook van overtuigd zijn.

3. Onder het hoofdstuk 'straffeloos' wordt de 'ontroostbare patiënt' opgevoerd. Wat wordt bedoeld met het begrip ontoestbaar? Wie bepaalt dat? Een vitaal-depressief mens lijkt ontoestbaar, maar is vaak wel te helpen, waarbij het verlangen dood te zijn, verdwijnt.

4. Onder het hoofdstuk 'Wetgeving? Neen' wordt vermeld 'Als de arts blijft handelen zoals hij in dezen altijd heeft gedaan en heeft moeten doen naar de maatstaven van zijn beroep, dan is hij gerechtvaardigd'. Het probleem wordt hiermee als een hete aardappel doorgegeven.

Ik neem aan dat de actieve euthanasie voor de meeste artsen niet een 'handeling is die hij/zij altijd heeft gedaan'. Ik denk dat de actieve euthanasie althans in vele gevallen niet valt onder de medische handelingen, maar onder de handelingen van een medicus.

5. Dat betekent dat ook hier spelregels, dat wil zeggen wettelijke maatregelen, dringend noodzakelijk zijn.

6. Ik denk dat de regels zouden moeten luiden 'Ja, tenzij' of 'Neen, tenzij'. Het tenzij te laten invullen door een individuele arts, die wordt gewezen op de gangbare medische ethiek, lijkt mij een onvergeeflijke dwaling.

S. PRUYT

Bilthoven, februari 1986

De behandeling met α -interferon van juveniele larynxpapillomatosis bij volwassenen

In het artikel van Schuurman et al. wordt vermeld dat voor de behandeling van juveniele larynxpapillomatose bij volwassenen gebruik wordt gemaakt van leukocytaire interferon dat verkregen was met medewerking van dr. Cantell (1985; 2507-9). Het betreft hier α -interferon dat in 1983 door het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst (CBL) van het Nederlandse Rode Kruis is bereid, mede dank zij een subsidie van het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF).

Dit interferon wordt uitsluitend gebruikt voor klinisch onder-