

dia-infectie bij zwangeren 12% is, ongeveer 2% van de kinderen een Chlamydia-pneumonie krijgt. In de U.S.A. zou een kwart van hen opgenomen moeten worden wegens de ernst der klinische verschijnselen. De kosten hiervan liggen tussen de 5.000 en 10.000 dollar. Uitgaande van onderzoekskosten in de orde van 300 dollar per vrouw zou het Chlamydia-onderzoek al rendabel zijn wanneer systematisch onderzoek van 100 vrouwen een klinische behandeling van pneumonie bij één kind zou voorkómen. De prevalentie is hier te lande waarschijnlijk veel lager. Het is echter goed mogelijk dat in de naaste toekomst de prevalentie zal stijgen en dat een dergelijke kosten-batenanalyse ook hier in het voordeel van systematisch onderzoek op Chlamydia bij zwangeren uit zal vallen.

LITERATUUR

- ¹ Schachter J, Sweet RL, Grossman M, et al. Experience with the routine use of erythromycin for Chlamydial infections in pregnancy. *N Engl J Med* 1985; 314: 276-9.

A. VAN ENK

Diversen

Hoge letaliteit van acute epiglottitis bij volwassenen

Epiglottitis bij kinderen is een gevreesd ziektebeeld wegens de grote kans op plotselinge afsluiting van de luchtweg. Bij volwassenen wordt in het algemeen een minder agressieve behandeling aanbevolen dan bij kinderen, omdat de kans op volledige obstructie van de luchtweg minder groot wordt geacht door de andere anatomische verhoudingen. MayoSmith et al. verrichtten een retrospectief onderzoek naar het voorkomen en de klinische verschijnselen van epiglottitis bij patiënten ouder

dan 16 jaar gedurende een periode van 8 jaar in de staat Rhode Island.¹ Er werden 56 gevallen opgespoord, waardoor een incidentie van 9,7 gevallen per miljoen volwassenen per jaar kon worden berekend. Er bestond altijd een leukocytose, terwijl röntgenfoto's van de thorax meestal normaal waren. Bij alle 36 patiënten bij wie een indirecte laryngoscopie was verricht, kon de diagnose onmiddellijk gesteld worden; er waren geen complicaties door dit onderzoek. Het röntgenonderzoek van de weke delen van de hals bleek beduidend minder betrouwbaar te zijn door een aantal fout-negatieve uitslagen. Kweken van de farynx leverden geen bijdrage aan de behandeling van de patiënt. Isolatie van *Haemophilus influenzae* uit het bloed ging samen met een ernstig ziektebeloop. Vier patiënten overleden ten gevolge van asfyxie (letaliteit 7,1%). De letaliteit bij kinderen is sinds de invoering van profylactische intubatie veel lager, namelijk 0,9%.²

De conclusie van de auteurs is dan ook dat epiglottitis bij volwassenen een ernstig ziektebeeld is. De diagnose dient altijd te worden bevestigd door indirecte laryngoscopie. De behandeling dient te bestaan uit het toedienen van antibiotica gericht tegen *H. influenzae*, en intensieve bewaking. Bij luchtwegobstructie dient onmiddellijk een kunstmatige luchtweg te worden aangelegd door middel van endotracheale intubatie of tracheostomie.

LITERATUUR

- ¹ MayoSmith MF, Hirsch P, Wodzinski SF, Schiffman FJ. Acute epiglottitis in adults. An eight-year experience in the state of Rhode Island. *N Engl J Med* 1986; 314: 1133-9.
- ² Cantrell RW, Bell RA, Morioka WT. Acute epiglottitis: intubation versus tracheostomy. *Laryngoscope* 1978; 88: 994-1005.

S. J. H. VAN DEVENTER

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom drukken komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Alcoholinjectie in de hypofyse als pijnbestrijding bij gemetastaseerde maligne aandoeningen

Van Liessum et al. (1986; 631-4) stellen dat alcoholinjectie in de hypofyse een technisch eenvoudige, herhaalbare en goedkope wijze van pijnverlichting lijkt te zijn bij patiënten met een gemetastaseerde maligne aandoening, vooral mamma- en prostaatcarcinoom.

Zo juist is een multi-center onderzoek afgesloten waaraan 1000 patiënten hebben deelgenomen. Dit onderzoek toont aan dat niet zozeer de aard van de tumor het behaalde resultaat bepaalt, maar veel meer het karakter van de pijn. Bij patiënten met diepe, doffe pijn (dull pain) had alcoholinjectie in de sella turcica een complete pijnstilling tot gevolg. Slechts bij een klein deel van de patiënten had de ingreep een gedeeltelijke pijnverlichting als resultaat. Bij patiënten met alleen scherpe pijn kon nauwelijks een resultaat worden geboekt, terwijl bij patiënten met zowel scherpe als doffe pijn een wisselend resultaat werd gezien: doffe pijn verdween, terwijl de meer scherpe pijn bleef bestaan.¹

In het tweede deel van het onderzoek werd aangetoond dat met een kleine hoeveelheid alcohol, minder dan 1,0 ml, dezelfde resultaten werden bereikt als met een grotere hoeveelheid alcohol, terwijl in de groep die behandeld werd met een injectie van een geringe hoeveelheid absolute alcohol de bijverschijnselen veel geringer waren dan bij de patiënten die behandeld

werden met een grotere hoeveelheid alcohol. De conclusie was dan ook dat alcoholinjectie in de hypofyse een zeer bruikbare methode is bij de behandeling van doffe, diffuse ondraaglijke pijn bij kanker en dat bijverschijnselen vermeden kunnen worden wanneer de hoeveelheid absolute alcohol die ingespoten wordt in de sella turcica minder is dan 1,0 ml.

Men kan zich afvragen of de mate van succes binnen de patiëntengroep beschreven door Van Liessum et al. eveneens meer wordt bepaald door het karakter van de pijn dan door de aard van de tumor. Een mogelijkheid die het mechanisme van deze vorm van pijnstilling kan verklaren, laten de auteurs voor een deel open. In de literatuur wordt gesteld dat een hypofyse-inhiberend systeem interfereert met niet-specifieke thalamische banen.² Dit is wellicht een verklaring voor het feit dat doffe, diffuse pijn uitstekend reageert op alcoholinjectie in de hypofyse, daar het bekend is dat juist dat soort pijn voortgeleid wordt via niet-specifieke thalamische banen.

LITERATUUR

- ¹ Yanagida H, Trouwborst A, Corssen G, Erdmann W. 1.000 clinical cases of neuro adenolysis; some factors associated with the results. *Pain Clin* 1986. Ter perse.
- ² Yanagida H, Corssen G, Trouwborst A, Erdmann W. The pituitary inhibitory system: its role in pain perception. *Brain Res* 1985; 345-61.

A. TROUWBORST

Rotterdam, juli 1986

Wij danken collega Trouwborst voor zijn reactie en aanvulling op ons artikel. Dat het karakter van de pijn van belang kan zijn bij alcoholinjectie in de hypofyse blijkt ook uit onze gegevens: van de drie patiënten die niet reageerden, hadden twee extradurale metastasen met radicaire pijn. De methode wordt voor deze patiënten dan ook afgeraden. Daarentegen was niet bij alle patiënten die baat hadden bij de ingreep sprake van diffuse, diffuse pijn. De methode bleek in onze onderzoeksgroep veel effectiever te zijn bij patiënten met mamma- en prostaatacarcinoom. Zoals beschreven in ons artikel zijn in de literatuur de bevindingen met betrekking tot de behandeling van niet van hormoon afhankelijke tumoren niet consistent en wordt helaas in de grotere onderzoeken geen nadere onderverdeling naar soort van de tumor gemaakt.¹⁻⁴

In een artikel, mede van de hand van Trouwborst, worden 25 patiënten beschreven die, als zij leden aan scherpe, snijdende pijn, niet reageerden op alcoholinjectie in de hypofyse. Deze patiënten hadden echter allen een rectumcarcinoom. Voorts was het aantal patiënten met diffuse pijn dat gunstig reageerde èn een van hormoon afhankelijke tumor had verhoudingsgewijs groter dan het aantal (vergelijkbare) patiënten met een niet van hormoon afhankelijke tumor (1,8 : 1).⁵ Wij zijn dan ook benieuwd naar publikatie van de hier door Trouwborst genoemde gegevens. Wellicht is er bij patiënten met een van hormonen afhankelijke tumor (i.c. mamma- en prostaatacarcinoom) vaker sprake van deze zogenaamde 'dull pain' en is de reactie op alcoholinjectie in de hypofyse daardoor gunstiger.

LITERATUUR

- 1 Cook PR, Campbell FN, Puddy BR. Pituitary alcohol injection for cancer pain. *Anaesthesia* 1984; 39: 540-5.
- 2 Katz J, Levin AB. Treatment of diffuse metastatic cancer pain by instillation of alcohol into the sella turcica. *Anesthesiology* 1977; 46: 115-21.
- 3 Duthie AM, French NA. Transsphenoidal pituitary adenolysis. *S Afr J Surg* 1978; 16: 241-4.
- 4 Lloyd JW, Rawlinson WAL, Evans PJD. Selective hypophysectomy for metastatic pain. *Br J Anaesth* 1981; 53: 1129-32.
- 5 Yanagida H, Corssen G, Trouwborst A, Erdmann W. Relief of cancer pain in man: alcohol-induced neuroadenolysis vs. electrical stimulation of the pituitary gland. *Pain* 1984; 19: 133-41.

P. A. VAN LIESSUM Nijmegen/'s-Hertogenbosch, juli 1986
B. J. P. CRUL
G. A. VERMEER
J. E. P. V. SCHOOLMEESTERS
J. TH. M. BURGHOUTS

AIDS in Nederland; anno 1986

Het zeer lezenswaardige artikel van collega Huisman (1986; 1264-8) geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen:

1. Volgens Huisman stelden Wilson en Junger in 1968, een groot aantal jaren voor het bekend worden van het eerste AIDS-geval, uitgangspunten op voor screening. Er was op dat moment dus nog in het geheel geen sprake van een infectieuze, in hoofdzaak door gedrag bepaalde, meestal seksueel overdraagbare, aandoening die in maximaal 30% (?) een infauste afloop binnen enkele jaren kent. Deze ziekte kon dus ook niet door de auteurs in hun beschouwingen worden betrokken. Zou de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding met als doel voorkoming van LAV/HTLV-III-infecties niet beter aan een kleine, goed gedefinieerde groep (met LAV/HTLV-III geïnfecteerden en hun (eventuele) seksuele partners) gegeven kunnen worden dan aan een grotere, meer diffuse groep (alle manlijke homoseksuelen en heroïne-prostitués)?

2. In Nederland worden met LAV/HTLV-III geïnfecteerde

personen niet via screening opgespoord. Dit wegens de daarmee samenhangende psychische problematiek en de privacy. Daardoor kunnen de besmette personen er niet op gewezen worden dat zij het risico lopen anderen met LAV/HTLV-III te besmetten. In de V.S. stapt men nu van het nog in Nederland ingenomen standpunt af. Waarom gebeurt dit?

3. Huisman stelt dat uit het lage percentage anti-LAV/HTLV-III-positieve personen onder Nederlandse bloeddonors af te leiden valt dat (a) infecties met LAV/HTLV-III zich nog maar nauwelijks in de algemene bevolking hebben verspreid, en (b) dat ook gevolg is gegeven aan de oproep door de bloedbanken om van donatie af te zien, indien men tot één van de bekende risicogroepen behoort. Mijns inziens kan conclusie a. niet worden getrokken, als conclusie b. juist is.

4. Niet-heroïne-prostitués zouden niet en heroïne-prostitués in een bepaald percentage wel geïnfecteerd zijn met LAV/HTLV-III. Helaas kan de gemiddelde prostituée-bezoeker niet altijd tussen deze twee categorieën differentiëren. Het feit dat er in de V.S. een groep van 6% van de gerapporteerde gevallen van AIDS is, die niet officieel classificeerbaar blijkt te zijn, maar waarin veel mannen met contacten met prostitués te vinden zijn, kan ook voor de Nederlandse situatie gaan gelden.

5. Het niet expliciet aangeven of nu wel of niet contacttracing moet worden uitgevoerd van seksuele contacten van personen die met LAV/HTLV-III besmet zijn, schept alleen maar onduidelijkheid en is daarom voor de praktijk niet bruikbaar.

6. Er zou mogelijk een verandering in de leefstijl van manlijke homoseksuelen plaatsgevonden hebben (daling voorkomen van lues, gonorrhoe en hepatitis B). Niet duidelijk wordt of deze mogelijke verandering ook invloed heeft op het voorkomen van AIDS. Het gaat immers om ziekten met verschillende karakteristieken als incubatietijd, periode van besmettelijkheid, kans op besmetting per seksueel contact enz. Bovendien spelen mijns inziens ook de grote hepatitis B vaccinatiecampagnes van de laatste jaren in Nederland een rol.

7. Screening van cliënten voor 'alternatief' onderzoek is mijns inziens geen screening in de echte zin van het woord. Er zijn inderdaad gesubsidieerde centra voor dit onderzoek in Amsterdam, Rotterdam en Arnhem opgericht en in de naaste toekomst zullen nog meer van deze centra worden gecreëerd. In Nederland bestaan echter ook andere centra zoals de drempelvrije poliklinieken in Rotterdam, Utrecht en Den Haag. Hier kunnen de cliënten ook nog een algemeen onderzoek op symptomen behorend bij LAV/HTLV-III-infecties krijgen, aangevuld met laboratoriumonderzoeken. Bovendien kunnen personen ook bij andere dermatovenerologen worden onderzocht. De LAV/HTLV-III-infectie is in Nederland nog in hoofdzaak een SOA en de dermatoveneroloog is voor onderzoek op deze ziekten opgeleid. Collega Huisman weet dat meer cliënten zich in Rotterdam naar de dermatovenerologische afdeling hebben begeben dan naar de door de staatssecretaris gesubsidieerde 'alternative site' van de GG & GD en hij weet ook dat er aldaar beduidend meer anti-LAV/HTLV-III-positieve personen en patiënten lijdende aan LAS, ARC en AIDS zijn gediagnostiseerd.

E. STOLZ

Rotterdam, juli 1986

Ik dank collega Stolz voor zijn reactie op mijn artikel. Op enkele van zijn kanttekeningen wil ik hier kort ingaan.

Ad 1. Voorlichting aan risicogroepen in het algemeen is onmisbaar; deze beoogt immers een (blijvende) verandering in gedrag te weeg te brengen waardoor verspreiding van humaan immunodeficiëntie-virus (HIV) zo veel als mogelijk wordt