

REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELEN DOCUMENTATIE

64-32. Corticosteroids in dermatology. *Vickers, H. R. (1964) Practitioner 192, 639.*

In vergelijking met het artikel van Calnan (1960) onder dezelfde titel zijn er de volgende wijzigingen in de toepassing van corticosteroiden bij huidziekten: nieuwe samenstellingen, nieuwe toedieningswijzen en beperkingen op grond van verscheidene ervaringen. Nogmaals wordt uitdrukkelijk gesteld dat de steroïden alleen de ziekteverschijnselen onderdrukken en niet genezen; men hoopt tijdens de periode van onderdrukking op herstel door de eigen defensieve krachten van de patiënt. Het is zo jammer dat in de huisartspraktijk de eerste behandeling bestaat uit het geven van corticosteroiden, onafhankelijk van de aard van de dermatosen, terwijl de dermatologen eerder neigen tot een vermindering van het aantal corticosteroidbehandelingen.

Cortison op de huid doet niets, wel het hydrocortison en de meest werkzame zijn het betamethason, triamcinolon en fluocinolon. Vooral bij acute contactdermatitis, bij gelijktijdige uitschakeling van de oorzaak, is een snelle werking verzekerd. Bij chronische aandoeningen (zoals psoriasis) helpt het de patiënt alleen door hem gemakkelijker met zijn afwijking te laten leven. Het nadeel van de lokale toediening welke de weerstand van de huid (voor staphylokokken en monilia-infecties) vermindert, tracht de farmaceutische industrie te voorkómen door combinatiepreparaten. Bij toevoeging van antibiotica dient men rekening te houden met sensibilisatie en bovendien mag het liever geen middel zijn dat ook parentaal wordt toegediend. Neomycine wordt veel gebruikt, doch steeds meer gevallen van overgevoeligheid worden waargenomen. Men probeert daarom ook wel allerlei antiseptica (bijvoorbeeld jodochloroxychinolinum) en ook teerpreparaten.

Gebleken is dat luchtdichte afsluiting met polytheenvellen van met cortisonzalf ingesmeerde huid het binnendringen van de stof sterk bevordert; men doet dit in perioden van maximaal 48 uur achtereenvolgend. Bezwaren hiervan zijn: veel kans op secundaire infecties en een vieze stank onder het verband. Ook injectie is mogelijk, vooral bij kleine geïsoleerde afwijkingen als lichen planus, balanitis xerotica obliterans en chronische discoïde lupus erythematoses. Een enkel geval van diepe atrofie is beschreven.

Verder gebruikt de dermatoloog de corticosteroiden als levensreddend middel, bijvoorbeeld bij pemfigusvormen, dermatomyositis en andere ziekten; als hulpmiddel om de patiënt over de acute fase heen te helpen bij geneesmiddelenintoxicatie, en herpes gestationes (tot 40 mg prednison per dag gedurende vijf maanden!); om de narigheden van chronische „crippling”-ziekten te onderdrukken. Deze laatste groep, waartoe gevallen van Besniers prurigo, chronische dermatitis, discoïde lupus erythematoses en psoriasis behoren, moet onder voortdurende controle blijven en slechts op weloverwogen indicatie mag de therapie worden begonnen.

Samenvattend dus een verdere ontwikkeling van de behandeling met corticosteroiden, maar aan de andere kant duidelijker geformuleerde contra-indicaties. In de toekomst zal een moeilijkheid als de vermindering van de huidweerstand moeten worden opgelost.

(In Nederland wordt geen misbruik gemaakt van corticosteroiden, ref.).
M. Faber

64-36. The premenstrual tension syndrome (Attendances in a general practice). *Kellner, R. (1964) Brit. J. clin. Pract. 18, 71.*

Dit artikel werd door de Society for Psychosomatic Research een prijs toegekend ter aanmoediging van wetenschap-

pelijk onderzoek in de huisartspraktijk. In een praktijk in een arbeiderswijk werd gedurende twee jaren van een statistisch representatieve groep van 426 vrouwen tussen 15 en 50 jaar nauwgezet de ziektegeschiedenis bijgehouden. Tenzij patiënte premenstruele klachten had werd zij hierover niet ondervraagd. Onder premenstruele klachten werden verstaan klachten van spanning welke bij herhaling in de tweede helft van de menstruele cyclus optraden en tijdens de menstruatie verdwenen. Het bleek dat 22 vrouwen (5,2 procent) de hulp van hun huisarts inriepen voor deze klachten welke vooral bestonden uit prikkelbaarheid, depressiviteit, vermoeidheid en hoofdpijn. Van deze groep vrouwen bleken er 17 minstens eenmaal met functionele of emotionele klachten (door de schrijver betiteld als „neurotic illness”) op het spreekuur geweest te zijn. In een in overleg met een statisticus gekozen controlegroep van 426 vrouwen, bleken slechts negen patiënten met dergelijke neurotische klachten voorgekomen te zijn. Bij literatuuronderzoek blijken anderen sterk uiteenlopende cijfers te vinden. Zo vond Appleby in zijn huisartspraktijk dat 29 procent van zijn patiënten tussen menarche en menopauze klachten van premenstruele spanning hadden waarvoor hulp gezocht werd. Vast staat dat er meer vrouwen met dergelijke klachten zijn dan op het spreekuur tot uiting komt.

M. Sanders

64-37. Diagnostiek und Therapie der CO-Vergiftung in der Praxis. *Zorn, H. von (1964) Münch. med. Wschr. 106, 235.*

Hoewel aan de ene kant door vermindering van gebruik van CO-bevattend gas (lichtgas) de kans op CO-vergiftiging zou moeten afnemen, is de kans om uit andere bronnen CO in te ademen weer toegenomen, bijvoorbeeld verbranding in benzinemotoren. Maar ook door onvolledige verbranding van verwarmingsgassen zoals propaan kan CO ontstaan.

De diagnose kan soms moeilijk zijn. Het vaak geschilderde beeld van de comateuze patiënt met een kersrode kleur komt in werkelijkheid maar zelden voor. Op vijfduizend CO-vergiftigingsgevallen in verschillende Franse gasfabrieken werd in 42 procent een normale, in 40 procent een vaal bleke en in 18 procent een cyanotische kleur vastgesteld. De slechtste prognose hadden de patiënten met een cyanotische kleur.

Wat de ademhaling betreft, bleek dat er in 16 procent van de gevallen ademstilstand was gevonden, 54 procent atypische ademhaling, deels tachypnoe tot 40 per minuut, deels extreem langzame ademhaling en ritmestoornissen. De pols was zelden gestoord; een enkele keer extrasystolie en soms pulsus alternans.

De bloeddruk was diastolisch wel eens iets verhoogd (verkleinde amplitude). Ook de neurologische afwijkingen kunnen zeer variëren. Vrijwel constant is de hoofdpijn, extreme moeheid, zwakte in de benen, sufheid en braken. Soms koorts. Ook nogal eens rigiditeit van het spierstelsel. Een heel enkele keer pyramidebaan-symptomen en epileptiforme krampen.

De pupillen vertonen veelal een myosis, in de regel symmetrisch, soms asymmetrisch. Bij de allerswaarste vergiftigingen kan tenslotte de myosis overgaan in mydriasis.

Ook de psychische verschijnselen kunnen zeer variëren. Soms treedt voor de bewusteloosheid, eerst volledige apathie op, soms een desoriëntatie in de ruimte en de tijd, soms ziet men dat de patiënt de CO-bevattende ruimte nog kan verlaten, zonder zich later te herinneren hoe hij eruit is gekomen.

Voor het verloop is van belang de snelheid en de duur van de vergiftiging, maar vooral ook de conditie van het lichaam. Zo zal een anemische patiënt veel sneller last krijgen dan iemand met een normaal hemoglobinegehalte. Alcoholintoxicatie is ongunstig, daar dit narcoticum de schadelijke werking

van CO potentiëert. Behalve op het toestandsbeeld van het slachtoffer zal men dus moeten letten op de situatie waarin deze toestand ontstond.

Sjöstrand heeft een methode ontdekt om kwalitatief binnen enkele seconden in een luchtmonster de hoeveelheid CO grofweg te bepalen. De in een plastic zak verzamelde lucht, wordt door een glazen buisje geperst, waarin door de CO een kleurreactie wordt veroorzaakt. Deze CO-proefbuisjes zijn in de handel. Dankzij een calibrering op het buisje, kan men grofweg aflezen hoeveel procent CO in het luchtmonster zit.

Voor de therapie is het belangrijkste toediening van zuurstof. Op de plaats van het ongeval zal zelden zuurstof bij de hand zijn en de beste methode om toch voldoende zuurstof toe te dienen is de mond op mond beademing. Verder zal bij de eerste hulp moeten worden gewaakt tegen verspilling van zuurstof door het slachtoffer, dus geen inspanning, ook niet bij geringe vergiftiging. Daar een CO-patiënt gauw neigt tot hypothermie, zal voor voldoende warmtetoevoer moeten worden gezorgd, echter niet zodanig dat een verhoogde doorbloeding van de huid optreedt, want dit zou de zuurstofbehoefte weer doen toenemen.

Na de eerste hulp zal klinisch zuivere zuurstof kunnen worden toegediend, bij voorkeur zuurstof onder verhoogde druk. Het is gebleken dat zelfs zwaar comateuze patiënten binnen tien minuten tot bewustzijn kwamen door deze therapie.

De wel geopperde vrees voor neurologische stoornissen door deze zuurstoftoediening onder verhoogde druk, blijkt in de praktijk niet te worden gedeeld. Bovendien krijgt men in de weefsels nooit een zo hoge zuurstofspanning, daar een gedeelte van het zuurstoftransport-apparaat door CO is geblokkeerd.

Het toedienen van medicamenten is bijzaak. Van de analeptica is Micoren wel de meest aangewezen stof. Cytochroom C is een medicament waarvan wordt aangenomen dat het specifieke eigenschappen tegen CO-werking zou hebben. Bij een uitgebreid onderzoek in Parijs, meende men dat bij enkele honderden CO-vergiftigingen in 10 tot 15 procent van de gevallen verbetering werd gezien. Intraveneus magnesiumthiosulfaat zou ook gunstig werken. Tegenwoordig wordt wel aanbevolen om ijzer toe te dienen. Daar is aangetoond, dat er na CO-vergiftiging een daling van het ascorbinezuurgehalte in het lichaam optreedt, lijkt het zinvol ascorbinezuur te geven. De schrijver heeft hiertoe een dubbelblind onderzoek gedaan bij honderd lichte en middelzware vergiftigingen, en meent dat hij hiervan een gunstige invloed zag. Toch zijn al deze medicamenteuze behandelingen maar bijzaak ten opzichte van de zuurstoftoediening. Ook voor de zogenaamde rest-verschijnselen die men wel eens na CO-intoxicatie ziet, is een zo snel mogelijke verwijdering van CO uit het lichaam het belangrijkste. Men moet dan ook met zuurstoftoediening doorgaan, totdat er vrijwel geen CO meer in de uitademingslucht zit. Dus niet stoppen zodra de patiënt tot bewustzijn komt.

M. Reyerse

64-39. Der praktische Arzt im Erleben des Kindes. Menzel, K. (1964) Münch. med. Wschr. 106, 1220.

De schrijver, een kinderarts, heeft getracht enig inzicht te verkrijgen in de vraag hoe het kind als patiënt zijn dokter ervaart. In navolging van Stern en Müller-Küppers, heeft hij van schoolkinderen tussen negen en elf jaar, 1100 opstellen over een ontmoeting tussen kind en behandelend arts bestudeerd. Zonder voorbereiding moesten de kinderen een opstel van een uur maken over de volgende onderwerpen: "Toen ik eens naar de dokter moest; als ziek kind in het ziekenhuis. Het bleek dat sommige kinderen de opgaven enigszins wijzigden, zodat er vier thema's waren te onderscheiden.

„Toen ik naar de dokter moest”, werd gekozen door 340 meisjes en 336 jongens. „Een bezoek aan de dokter thuis”, door 32 meisjes en 22 jongens. „Als ziek kind in het ziekenhuis,” door 143 meisjes en 173 jongens. „Een bezoek in het ziekenhuis,” door 28 meisjes en 20 jongens. Uit het materiaal werden die opstellen gekozen, welke de instelling van het kind tot zijn behandelend arts beschreven. Het bleek dat 730 opstellen van 372 meisjes en 358 jongens hierover informatie bevatten.

Het viel op dat vooral bij een bezoek aan de dokter, maar weinig werd verteld over de noodzaak van dit bezoek. Bij ongevallen werd het als vanzelfsprekend gevonden dat men naar de huisarts ging. Klachten over pijn werden bij meisjes in 13,5 procent en bij jongens in 10,2 procent als reden opgegeven. In het merendeel bleek dat er geen plausible reden voor de noodzaak van het consult te vinden was. Men moest er domweg heen, zoals men ook andere opdrachten van de ouders op te volgen heeft. Bij een bezoek van de arts aan huis lagen deze verhoudingen begrijpelijkerwijs anders. In 59 procent waren aanwijzingen te vinden over klachten en ziektegevoel.

Bij een overzicht van de in de opstellen naar voren komende ziektegroepen en klachten bleek dat de keuze van een bezoek aan de tandarts voorop stond. In 29,5 procent bij meisjes en 28,7 procent bij jongens. In enkele van deze groepen is een begrijpelijk verschil in geslacht: wondverzorging, fracturen en distorsie in 24 procent bij jongens en 13 procent bij meisjes. Verkoudheidsziekten 15,6 procent bij meisjes en 7,9 procent bij jongens.

Vooraf bij de tandarts, maar ook verder vrijwel bij elke instrumentele bedreiging, (injecties, keel spatel-onderzoek, en dergelijke) komt angst voor pijn duidelijk naar voren. Hoe groter het instrument, hoe heviger de angst. Dit is inderdaad een reële angst. Ook het niet meer met de ogen kunnen volgen van wat er wordt gedaan, beangstigt de kinderen. Vandaar dat men er als arts goed aan doet, om bij pijnlijke ingrepen precies te vertellen wat er gaat gebeuren.

De in de opstellen aan de dag getreden angstgevoelens zijn in vier groepen te verdelen: Wat wordt met me gedaan; zal het pijn doen; zal ik naar een ziekenhuis gestuurd worden; is het misschien een erge ziekte? De laatste twee vragen duiken alleen bij de oudere kinderen op; vooral bij meisjes. Er is een zekere levenservaring voor nodig.

Het percentage angstuitingen is hoog. Bij jongens in 34 procent en bij meisjes 50 procent. Dit onderscheid in de geslachten is in werkelijkheid niet zo groot, daar vele jongens niet durven bekennen dat ze angstig zijn geweest. Wel kan men dit afleiden uit een zekere opluchting als het bezoek ten einde is. Dat inderdaad een meisje wel en een jongen geen angst zou mogen tonen, komt ook tot uiting in de beschrijving van een beloning door de arts als men zich goed gedraagt. Terwijl namelijk in de jongere leeftijdsgroep, zowel bij jongens als bij meisjes in 10 tot 14 procent hierover wordt gerept, blijkt bij de 11-jarigen dat dit bij jongens nog slechts in 3,7 procent en bij meisjes in 14 procent het geval is. Naast deze reële angst, zowel voor de arts als voor de instrumenten, wordt een andere vorm van angst beschreven die volgens Göllnitz terug te voeren is op een fylogenetisch oud beschermingsinstinct, namelijk angst voor verlies van „geborgenheid”. Een onbewuste angst zoals Freud heeft beschreven, als vrees voor verlies van de geliefde opvoeders. Bij het afweten van deze angst, wordt door het kind een beroep gedaan op de moeder. Vandaar dat het aanbeveling verdient, dat de moeder met het kind naar de arts gaat. Van de kinderen bleek 2½ procent alleen te worden gestuurd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat verscheidene malen een treffende kritiek van de kinderen op de houding van de ouders was te lezen. Vooral de beschrijvingen van gevoelens in de wachtkamer lieten zien hoe het kind de bescherming en geborgenheid van de moeder zocht. In 30 procent der opstellen waren hiervoor aanwijzingen te vinden. Ook al de voorbereidingen om naar de dokter te gaan, zoals het mededelen van dit besluit, het wassen en aankleden van het kind, de tocht erheen en dan daarna het wachten, bevorderen een angstige stemming bij het kind. Gelukkig slaagt de arts erin, in vele gevallen de kinderen op hun gemak te stellen. Van de meisjes gewaagden dankbaar 31 procent en van de jongens 40 procent, dat ze door het optreden van de dokter rustig waren geworden, 3,9 procent der jongens en 4,5 procent der meisjes deelden mee, dat hun pessimistische verwachtingen waren bevestigd of zelfs overtroffen.

Het is vooral ook voor latere contacten met artsen van groot belang dat het kind van het begin af aan een prettige verhouding krijgt tot z'n arts. Hoewel de arts het niet altijd zelf in de hand heeft om al deze angsten te doen verdwijnen, is het toch wel gewenst dat hij beseft dat het bedrijven van psychohygiëne tot z'n plicht behoort.

M. Reyerse