

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/20523>

Please be advised that this information was generated on 2019-07-24 and may be subject to change.

Intra-anaale applicatie van isosorbidedinitraat bij chronische fissura ani

Bij het lezen van het artikel van Schouten et al. viel mij op dat zowel in de door Schouten et al. aangehaalde onderzoeken, namelijk die van Guillemot et al. en Loder et al., als in hun eigen onderzoek bij de patiënten als enige klacht hoofdpijn gedurende enkele dagen optrad (1995;1447-9). Dit duidt op een systemische werking en dus resorptie van isosorbidedinitraat ondanks de lokale applicatie. Hoewel een systemische werking niet wordt nagestreefd, is deze kennelijk niet te vermijden.

Mijn vragen zijn nu de volgende: Is er iets bekend over orale toediening van isosorbidedinitraat en de behandeling van fissura ani? Is deze toedieningsvorm wellicht niet eenvoudiger?

G.J.HAFKAMP

Noordwijkerhout, juli 1995

Collega Hafkamp wijst er terecht op dat uit de verschillende tot nu toe gepubliceerde onderzoeken blijkt dat de meeste patiënten na lokale applicatie van isosorbidedinitraat in de anus last krijgen van lichte hoofdpijn gedurende een paar dagen. Dit duidt onzes inziens inderdaad op een systemische werking.

Tot nu toe is er nog niets bekend over de orale toediening van isosorbidedinitraat bij de behandeling van chronische fissura ani. Uiteraard hebben wij ons ook afgevraagd of de orale toedieningsvorm, die immers veel eenvoudiger is, niet even effectief zal zijn. Daarom hebben wij een paar patiënten gedurende een aantal weken behandeld met isosorbidedinitraat per os. Twee weken na het starten van de behandeling was de pijn niet afgenomen. Dit wil niet zeggen dat orale toediening van isosorbidedinitraat niet effectief zou kunnen zijn.

Wegens ons lopende onderzoek, waarbij isosorbidedinitraat lokaal in de anus wordt toegediend, hebben wij nog geen gelegenheid gehad verder onderzoek te doen naar het effect van orale toediening ervan.

W.R.SCHOUTEN

Rotterdam, augustus 1995

Kraambedcomplicatie: 'het kraamhoofd' *(trombose van de sinus sagittalis superior)*

Naar aanleiding van een geval van maternale sterfte ten gevolge van sinus sagittalis superior-trombose willen wij enige opmerkingen bij de leerzame casuïstische mededeling van Engelen et al. plaatsen (1995;1295-8).

Onze patiënte was een 28-jarige primigravida, zwanger van een gemelli na ovulatie-inductie met clomifeen. Vanaf de 34e week liep de diastolische tensie geleidelijk op tot 100 mmHg, waarna opname met bedrust volgde. Bij laboratoriumonderzoek en fundoscopie werden geen afwijkingen gevonden. Wegens discordante groei werd bij 39 weken besloten de zwangerschap te beëindigen. Het voorliggende kleinere kind lag in stuit- en het tweede kind in hoofdligging. Ter vermindering van verhaging werd besloten tot een primaire sectio caesarea. Twee meisjes van respectievelijk 1905 en 2820 g werden met een goede start geboren. Het postoperatieve beloop was ongestoord. Routinematig kreeg patiënte 1 dd 7500 E nadroparine als antistollingsbehandeling.

Thuisgekomen kreeg patiënte 2 weken na de operatie koorts. De huisarts behandelde haar op vermoeden van mastitis met amoxicilline. De koorts persisteerde, patiënte kreeg zware hoofdpijn en krachtverlies en werd verwezen voor acute opname.

Bij opname zagen wij een apathische langzaam sprekende vrouw met een oedemateus gelaat, facialisparesis rechts, hemi-

anopsie links, dystonie van de linker hand, piramidale parese rechts meer dan links en beiderzijds Babinski-reflexen. De temperatuur was 40°C. Op de eerste hulpafdeling kreeg patiënte het eerste gegeneraliseerde insult, dat gecoupeerd werd met clonazepam en fenytoïne. De computertomografie-scan bevestigde het vermoeden van een sinus sagittalis superior-trombose. De liquorpunctie was steriel; wel bleek een bloedkweek positief voor stafylokokken. Op de intensive care-afdeling verslechterde de situatie snel en was beademing noodzakelijk. Patiënte werd behandeld met heparine, mannitol en antibiotica. Ondanks zeer intensieve behandeling en zonder dat patiënte bij bewustzijn is geweest, was er 3 dagen na opname meer dan 24 uur een vlak elektro-encefalogram, waarschijnlijk ten gevolge van intracranieële bloedingen. Na stoppen van de beademing is patiënte overleden. Obductie werd niet toegestaan.

In tegenstelling tot de door Engelen et al. en de hier door ons beschreven patiënten, verlopen bij de meeste patiënten de zwangerschap, de partus en het kraambed ongecompliceerd. Koorts is een belangrijk symptoom, niet alleen van een trombosebeen, maar ook van een cerebrale trombose. Ook anemie en dehydratie zijn risicofactoren. In het kraambed ontwikkelen de verschijnselen zich meestal snel en visusklachten kunnen als eerste optreden.¹

In India is de incidentie van het kraamhoofd 10 keer zo hoog als in de westerse wereld. Chopra en Banerjee vonden een toename van de concentratie van triglyceriden en α - en β -lipoproteïnen, zonder veranderingen in die van cholesterol en fosfolipiden. Zij veronderstellen een relatie met de traditioneel hoge consumptie van vetten in het laatste trimester en kraambed in India.²

Zoals Engelen et al. al beschrijven en onze casus nog eens duidelijk maakt, zijn er ook risico's van anticoagulantia. Hoewel zeldzaam (Bienfait et al. komen op 3 patiënten in 20 jaar in 9 opleidingsziekenhuizen)³ blijft het kraamhoofd ondanks de verbeterde herstellkansen een levensbedreigende en moeilijk te behandelen ziekte.

LITERATUUR

- ¹ Donaldson JO. The nervous system in pregnancy. In: Sciarra JJ, editor. Gynecology and obstetrics. Philadelphia: Lippincot, 1994:3-5.
- ² Chopra JS, Banerjee AK. Primary intracranial sinovenous occlusions in youth and pregnancy. In: Toole JF, editor. Handbook of clinical neurology. Amsterdam: Elsevier Science, 1989:425-51.
- ³ Bienfait HP, Stam J, Lensing AWA, Hilten JJ van. Trombose van de cerebrale venen en sinussen bij 62 patiënten. Ned Tijdschr Geneeskd 1995;139:1286-91.

W.ZWERTBROEK

P.A.VAN DOP

J.DE JONGE

Eindhoven, juli 1995

Wij danken de collegae Zwertbroek, Van Dop en De Jonge voor hun reactie. Een kraamhoofd komt misschien toch vaker in Nederland voor dan wij denken. Betreffende hun casus willen wij het volgende opmerken.

Hoge koorts zijn wij in onze literatuurstudie niet als prominent symptoom van sinustrombose tegengekomen. Bousser et al. vonden bij 17 van 38 patiënten met sinustrombose – onder wie overigens maar 1 kraamvrouw – een lichaamstemperatuur hoger dan 37,5°C; bij 10 van deze 17 was de temperatuur 39°C of hoger. Een deel van de patiënten met koorts had een andere aandoening, zoals otitis media, die de temperatuursverhoging kon verklaren.¹

Wat betreft de hoge incidentie van het kraamhoofd in India, speelt de gewoonte van verloskundigen aldaar om de eerste dag post partum waterrestrictie voor te schrijven, hetgeen leidt tot de door auteurs reeds genoemde dehydratie, waarschijnlijk