

Verloskunde en gynaecologie

Pyridoxine tegen misselijkheid en braken tijdens de zwangerschap

Er zijn bewijzen dat pyridoxine (vitamine B₆) effectief is bij misselijkheid en braken tijdens de (vroeg) zwangerschap. Vutyavanich et al. evalueerden het effect van pyridoxine op deze klachten via een dubbelblind onderzoek over een periode van 5 dagen bij een groep van 336 zwangeren met misselijkheidsklachten met of zonder braken, die de kliniek voor het eerst consulteerden voor hun 17e zwangerschapsweek.¹ Eén groep (n = 169) kreeg 5 dagen lang pyridoxine-hydrochloride 10 mg 3 dd per os. De andere groep (n = 167) kreeg een placebo. Beide groepen werd geadviseerd frequente kleine maaltijden, rijk aan koolhydraten en arm aan vetten, te eten en geen andere medicijnen te slikken. De zwangeren hielden de ernst van de misselijkheid samen met het aantal braakepisoden bij via een scorelijst (met de ernst variërend van 0 = geen misselijkheid tot 10 = misselijk), lopend van 24 h vóór het starten van de therapie tot en met het einde van de therapie.

Het aantal perioden met braken was in de pyridoxinegroep kleiner dan in de placebogroep, maar dit verschil was statistisch niet significant. Wat betreft de misselijkheid bleek er in de pyridoxinegroep wel degelijk een duidelijke verbetering te bestaan in vergelijking met de placebogroep (p = 0,0008).

Op basis van deze resultaten adviseren Vutyavanich et al. pyridoxine als eerstelijns therapie bij misselijkheidsklachten tijdens de (vroeg) zwangerschap, bij voorkeur intermitterend voor een periode van 2 tot 3 dagen, waarna een rustperiode. Ondanks de onderzoeken blijft de oorzaak van de klachten onbekend; men dient ook niet uit het oog te verliezen dat de klachten in principe zelflimiterend zijn.

LITERATUUR

- ¹ Vutyavanich T, Wongtra-ngan S, Ruangsri R. Pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:881-4.

M. HOOGEBOOM-COPIER

Geriatric

Maligne hypertensie bij ouderen

Lip et al. onderzochten de kliniek, de complicaties en de prognose van maligne hypertensie op oudere leeftijd.¹ Met behulp van computerbestanden werden alle patiënten achterhaald die in de periode 1958-1993 in hun ziekenhuis te Birmingham ge-

zien werden wegens maligne hypertensie. Van maligne hypertensie was sprake bij een bloeddruk > 165/90 mmHg in combinatie met dubbelzijdige retina-afwijkingen, zoals bloedingen en (of) 'cotton wool'-exsudaten. Er waren 38 patiënten > 62 jaar en 277 jongeren. De mediane leeftijd van de 1e groep was 70,6 jaar (SD: 4); 47,7% was mannelijk en 2,6% was niet-blank. In de 2e groep was de mediane leeftijd 46,4 jaar (10,5); 69,6% was mannelijk en 34,3% was niet-blank.

De systolische bloeddruk bij aanmelding was in beide groepen gelijk, maar de diastolische bloeddruk was statistisch significant hoger in de jongere groep (143,7 (19,3) versus 130 (15,2) mmHg). Van de jongeren was 32,9% niet-rokend, van de ouderen 39,4%. De mediane duur van de hypertensie was bij ouderen langer dan bij jongeren (43,8 versus 23,1 maanden). Het percentage nieuw ontdekte gevallen was in beide groepen ongeveer gelijk (18/38 versus 160/277). Hematurie en proteïnurie kwamen in beide groepen evenveel voor; alleen het natriumgehalte in het serum was bij de ouderen statistisch significant hoger (en de concentratie γ -glutamyltransferase lager bij eenzelfde alcoholconsumptie). Cardiomegalie op de thoraxfoto kwam even vaak voor bij ouderen als bij jongeren, net als linker-ventrikelhypertrofie op het ECG. Bij aanmelding waren 6 ouderen asymptomatisch; 9 klaagden over visusafwijkingen; 2 hadden hoofdpijn en 2 hoofdpijn en visusafwijkingen. Tevens meldden 3 bejaarden zich met een cerebrovasculair accident (CVA) en 2 met hartfalen. Bij 22 ontstonden geen complicaties, 5 kregen angina pectoris of een myocardinfarct, 4 decompensatio cordis en 4 een CVA. Na een mediane follow-up van 30,9 maanden waren 17 bejaarden nog in leven, waren er 15 overleden en bleken er 6 niet te traceren. Belangrijkste oorzaken van overlijden waren een CVA (3 maal), nierfalen (2 maal) en hartziekten (3 maal). De mediane overleving van beide groepen verschilde statistisch niet significant (72,8 versus 112,2 maanden).

De onderzoekers concluderen dat maligne hypertensie een ziektebeeld is dat zich ook bij ouderen kan voordoen, met dezelfde verschijnselen en complicaties als bij jongeren. Gezien het feit dat ook de prognose niet verschilde, bepleiten zij bij ouderen met maligne hypertensie een even intensieve behandeling als bij jongeren.

LITERATUUR

- ¹ Lip GYH, Beevers M, Potter JF, Beevers DG. Malignant hypertension in the elderly. *Q J Med* 1995;88:641-7.

E.H. HOOGENDOORN

M. HARTINGS

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)

Onderzoek van de feces op occult bloed obsoleet

In hun klinische les concluderen Nieboer et al. dat de occultbloedtest obsoleet is (1996;2-4). Onzes inziens is er echter wel degelijk een indicatiegebied voor de occultbloedtest, namelijk bij patiënten bij wie men een intermediair vermoeden van een gastro-intestinale afwijking heeft, tussen een sterk en een zwak vermoeden in (bij een sterk vermoeden is beeldvormende diagnostiek aangewezen).

Gaarne willen wij de discussie hierover voortzetten en wij beschrijven daarom hier de resultaten en de conclusies van een in 1994 gehouden schriftelijke enquête onder artsen werkzaam

op de afdelingen Inwendige Geneeskunde (n = 87), Chirurgie (n = 36) en Kindergeneeskunde (n = 57) van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen. Het doel van deze enquête was inzicht te krijgen in de waarde van de chemische occultbloedtest van feces in de diagnostiek bij patiënten met buikklachten.

De totale respons was 57% (n = 103): 80% bij de internisten, 42% bij de chirurgen en 32% bij de kinderartsen. Artsen vroegen gemiddeld bij 2-3 patiënten per maand een occultbloedtest aan. Eenderde van de responderende artsen gebruikte de test nooit. De gemiddelde score op een kennistoets over de test (met vragen over werkingsprincipe en over factoren die de uitslag beïnvloeden) bij artsen die de test gebruikten, was 5,7 (SD:

1,7) op een schaal van 0 tot 11. Artsen ouder dan 50 jaar hadden gemiddeld een lagere kennisscore en gebruikten de test voor een ruimer indicatiegebied. Van de artsen die de chemische test gebruikten, vroeg de meerderheid soms een dieet aan, een vijfde van hen deed dit nooit. Ruim de helft van artsen die de test gebruikten, had een goede waardering voor de sensitiviteit en de specificiteit van de occult-bloedtest in de diagnostiek. Bij de internisten was dit vertrouwen minder dan bij de overige artsen. De test werd door de helft van de respondenten nooit gebruikt voor het onderscheid 'pluis/niet pluis' en door ruim 60% bij een sterk klinisch vermoeden van gastro-intestinale afwijkingen. Van de artsen paste 60% de test toe als indicator voor vervolgonderzoek met beeldvormende diagnostiek.

De resultaten van de enquête bevestigen dat de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de occult-bloedtest onvoldoende bekend zijn. Dit wordt geïllustreerd door de opvallende verschillen tussen artsen in kennis, uitvoering (met of zonder dieet), interpretatie en gebruik van de test bij de diagnostiek van buikklachten.

De testeigenschappen (sensitiviteit en specificiteit) van de huidige occult-bloedtests zijn beperkt.^{1,2} Deze tests zijn daarmee echter niet obsoleet: men zou de indicatie kunnen beperken tot patiënten bij wie men op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek en epidemiologische gegevens twijfelt of beeldvormend onderzoek nodig is. Bij een sterk vermoeden van gastro-intestinale afwijkingen of wanneer de aanwezigheid van deze afwijkingen zo goed als uitgesloten kan worden, heeft de test slechts een beperkte additionele waarde.^{3,4} Uit dit onderzoek blijkt dat de indicatiestelling verbetering behoeft en duidelijk gericht dient te zijn op patiënten bij wie het vermoeden van gastro-intestinale afwijkingen intermediair is. Het nader vaststellen van dit indicatiegebied voor de occult-bloedtest kan gebeuren aan de hand van de testeigenschappen bij patiënten met symptomen en de (te bepalen) drempelwaarde voor aanvullende diagnostiek.^{3,4} Dit is nog een onderwerp van verder onderzoek.

LITERATUUR

- ¹ St John DJB, Young GP, Alexeyeff MA, Deacon MC, Cuthbertson AM, Macrae FA, et al. Evaluation of new occult blood tests for detection of colorectal neoplasia. *Gastroenterology* 1993;104:1661-8.
- ² Allison JE, Tekawa IS, Ransom LJ, Adrain AL. A comparison of fecal occult-blood tests for colorectal-cancer screening. *N Engl J Med* 1996;334:155-9.
- ³ Steen GJMM van der, Knottnerus JA. De hemoculttest bij colorectale carcinomen. *Practitioner* 1987;4:87-95.
- ⁴ Pauker SG, Kassirer JP. The threshold approach to clinical decision making. *N Engl J Med* 1980;302:1109-17.

D.W.SWINKELS
C.M.J.GIELEN
J.C.M.HENDRIKS
H.WOLLERSHEIM

Nijmegen, februari 1996

Swinkels et al. beschrijven een onderzoek naar het gebruik van de occult-bloedtest op feces in hun ziekenhuis.

Eenderde van de responderende artsen gebruikte de test nooit; het valt op dat het vooral de ouderen waren die de test nog gebruikten. De enquête laat tevens zien dat hoe minder de kennis van de test was, hoe ruimer het indicatiegebied voor toepassing werd. Met andere woorden: degene die de waarde van de test goed kende, gebruikte hem niet.

Zoals wij in onze reactie op de vorige ingezonden brief van Swinkels et al. reeds aangaven, is de occult-bloedtest te slecht om beleidsbepalend te zijn, ook bij een intermediair vermoeden van een aandoening in de tractus digestivus (1996;572-4). Zoals daar ook beschreven, dient het bepalen van het beleid

aan de hand van de uitslag van de test van feces op occult bloed als obsoleet beschouwd te worden.

P.NIEBOER
J.KUIPERS
H.J.A.HAZENBERG

Deventer, maart 1996

Herstelprocessen in onderbroken perifere zenuwen

Met grote belangstelling heb ik het artikel gelezen van Jennekens en Ulenkate (1996;348-52). Het is naar mijn mening belangrijk voor de algemeen neurologische en chirurgische praktijkvoering om de regeneratie en reïnnervatie van gelaedeerde zenuwen in kaart te kunnen brengen en mogelijk te beïnvloeden door gebruik te maken van neurotrofische stoffen.

Bij gelaedeerde zenuwen, die ook virale infecties als oorzaak kunnen hebben (bijvoorbeeld perifere facialisparalyse), moet men zich steeds afvragen of de spierfunctie weer zal terugkeren wanneer de specifieke zenuw zich uiteindelijk heeft hersteld. Het is dan belangrijk om te weten of de spier, na een lange tijd inactief te zijn geweest, toch snel weer in staat is de oude functie op zich te nemen, óf mogelijk door langdurige paralyse zo atrofisch is geworden dat functioneel herstel zeer traag verloopt. Indien er aanwijzingen zijn voor de tweede veronderstelling, is het van betekenis voor de behandeling van patiënten te weten of het tijdens de herstelperiode van de zenuw gewenst dan wel noodzakelijk is om de betreffende spierbundels door middel van elektrostimulatie in een zo goed mogelijke conditie te houden.

J.A.VAN WIJK

Amersfoort, maart 1996

Reïnnervatie van spierweefsel na onderbreking van een perifere zenuw voltrekt zich in de regel door uitgroei van nieuwe zenuwvezels in de oude gedenerveerde zenuwstomp. Of reïnnervatie werkelijk zal lukken is niet alleen afhankelijk van de toestand van de gedenerveerde spiervezels, maar vooral ook van de groeikracht van de nieuwe zenuwvezels en van het pad waarlangs uitgroei moet plaatsvinden. Na 1 jaar denervatie zijn de contractiele elementen uit de spiervezels grotendeels of geheel verdwenen en zijn de vezels veranderd in huizen die niet veel meer dan spiervezelkernen bevatten.¹ Het synaptische deel van de spiervezelmembraan blijft na denervatie voor uitgroeiende zenuwvezels herkenbaar; dat zou ook 1 jaar na denervatie nog het geval kunnen zijn, maar experimentele gegevens daarover ontbreken.² Uit experimenteel onderzoek blijkt dat slechts weinig zenuwvezels erin slagen via een 1 jaar oude gedenerveerde zenuwstomp het gedenerveerde spierweefsel te bereiken; als ze eenmaal in de spier gearriveerd zijn, lukt het groei- en vertakkingsproces van de zenuwvezels echter prima.³ De zenuwvezels kunnen dus wel groeien, maar de omstandigheden in de zenuwstomp laten dat niet meer in voldoende mate toe, althans de zenuwstomp stimuleert minder tot groei dan de gedenerveerde spier. Het gevolg is dat het aantal motorische eenheden zeer beperkt blijft, dat wil zeggen duidelijk minder dan 10% van het normale aantal bedraagt, maar dat de motorische eenheden wel groot worden en tot ongeveer 3 maal zoveel spiervezels omvatten als normaal. Contractiele elementen keren wel weer terug in de spiervezels, doch de spiervezels slagen er niet in hun oorspronkelijke diameter opnieuw te bereiken. Samenvattend: na langdurige denervatie vormt de achteruitgang in kwaliteit van de zenuwstomp waarschijnlijk een ten minste even grote belemmering voor herstel als de vermindering van het regeneratievermogen van de spiervezels.

Bij patiënten is het niet zo gemakkelijk groeikracht, kwaliteit