

## VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

### *De prismatest*

Vraag 29. In twee brieven van oogartsen naar wie baby's waren verwezen die misschien zouden straberen, was sprake van de prismatest. Hoe doet men deze? Wat is de betekenis ervan? Hoe moet het resultaat worden uitgedrukt? In de ene brief stond ++, in de andere mislukt, maar in beide luidde de conclusie: er is geen strabisme.

Antwoord. Met de prismatest wordt in Nederland meestal bedoeld de test waarbij door het voorzetten van een prisma „4 of 15 dioptrieën” met de basis temporaal voor het ene oog de fusiemogelijkheden getest worden. Bij de prismatest kan de uitslag alleen zijn: fusie positief, of suppressie van een van de ogen.

Van de prismatest alleen kan de conclusie „er is geen strabisme” niet gemaakt worden. Wanneer de test mislukt is, kan er geen enkele conclusie uit getrokken worden.

De prismatest wordt als volgt uitgevoerd: Een prisma van 15 dioptrieën wordt met de basis temporaal voor één oog geplaatst. Er zijn nu drie mogelijkheden: (1) het oog achter het prisma maakt een instelbeweging naar nasaal. Het andere oog blijft stil staan. Conclusie: fusie aanwezig; (2) het oog achter het prisma maakt een instelbeweging naar nasaal. Het andere oog beweegt mee d.w.z. gaat naar temporaal. Conclusie: suppressie van het andere oog; (3) het oog achter het prisma maakt geen instelbeweging. Conclusie: suppressie van dit oog.

Bij oudere kinderen en volwassenen kunnen (2) en (3) optreden, waarbij dubbelzien wordt aangegeven. Er is dan geen suppressie maar wel een stoornis van de fusiebeweging. Bij kinderen onder de 5 jaar is er dan altijd wel suppressie.

### *De betekenis van een positieve TPI-reactie*

Vraag 30. Is een positieve *Treponema pallidum*-immobilisatie(TPI)-reactie bewijzend voor lues? Bij de patiënte die aanleiding was tot het stellen van deze vraag was het percentage specifieke immobilisatie 100. Het betreft een 60-jarige vrouw met reumatoïde arthritis en een zeer sterk LE-fenomeen. Behalve de TPI-reactie waren ook andere luesreacties positief (RPCF 1:2, Kolmer 1:2, VDRL). Patiënte heeft nooit verschijnselen van lues gehad. Zij heeft 5 gezonde kinderen; een kind is overleden.

Antwoord. De TPI-reactie wordt geacht specifiek te zijn voor een treponematose of voor een genezen treponematose. In Nederland is de meest voorkomende treponematose de syfilis, maar in landen waar ook andere treponemata inheems zijn moet ook aan deze worden gedacht. Wat de patiënte betreft die aanleiding

was tot deze vraag, moet men zien uit te maken of zij nog een *actieve* syfilis heeft, dan wel een *genezen* syfilis. Op grond van de anamnese is het waarschijnlijk dat de syfilis genezen is. Men zou kunnen overwegen, ter nadere verifiëring van dit standpunt, liquoronderzoek te doen. Het is bekend dat complementbindingsreacties op syfilis bij patiënten met SLE of reuma herhaaldelijk positief uitvallen. Voor de TPI lijkt dit minder waarschijnlijk, hoewel FRENK (1972) bij 22.000 sera 7 maal een waarschijnlijk fout-positieve TPI vond. Desondanks lijkt het verstandig aan te nemen dat een positieve TPI hoogst waarschijnlijk maakt dat iemand syfilis *heeft* of *gehad heeft*. Wanneer op dit punt ondanks alle beschikbare gegevens in een concreet geval onzekerheid blijft bestaan, moet men zich afvragen of het niet beter is een genezen syfilispatiënt met penicilline te behandelen dan een patiënt met een latente syfilis niet te behandelen.

Bij de patiënte die ter discussie staat, zou men nog de Fluorescent Treponemal Antibody absorption-(FTA-ABS)-test kunnen doen. Deze reactie wordt geacht althans in de beginstadiën van syfilis gevoeliger te zijn dan de TPI en is bij duidelijk positieve uitkomsten vrijwel even specifiek; zwak-positieve reacties blijken niet zelden aspecifiek te zijn. Bij de 7 patiënten met fout-positieve TPI van FRENK viel de FTA-ABS negatief uit. Wanneer deze bij de patiënte op wie de vraagsteller doelt, ook positief zou uitvallen, geldt hiervoor hetzelfde als voor de TPI; wanneer deze negatief zou uitvallen zou dit een reden zijn om de TPI bij deze patiënte als fout-positief te beschouwen. In ieder geval betrekke men in zijn overweging dat men patiënten behandelt en geen serologische reacties.

*Literatuur:* FRENK, E. (1972) Limits to specificity of the treponema immobilization test (TPI test, Nelson's test). *Schweiz. med. Wschr.* 102, 1898.

## CORRESPONDENTIE

### *Stomatitis aphthosa*

De vraag 23 en het daarop gegeven antwoord (1974) gaan kennelijk over de recidiverende of habituele aftēn. Dat die stomatitis aphthosa worden genoemd is verwarrend, want die naam is al lang bezet voor een geheel andere ziekte. In de gebruikelijke dermatologische hand- en leerboeken vindt men die beschreven als een acute, meestal met hoge koorts gepaard gaande ziekte die gekenmerkt is door diffuse, zeer pijnlijke ontsteking van het mondslijmvlies met sterke speekselvloed en vorming van talrijke blaasjes die spoedig stuk gaan. In vele gevallen ontstaan ook in de omgeving van de mond blaasjes die spoedig tot korstjes indrogen. De regionale lymfeklieren zijn meestal wat gezwollen en pijnlijk. De

ziekte komt vrijwel uitsluitend voor bij jonge kinderen; ze geneest spontaan in ongeveer twee weken. Meestal wordt opgegeven dat de ziekte nooit recidiveert; in het standaardwerk van SCHUERMANN, GREITHER en HORNSTEIN (1966) staat echter dat zelden een recidief voorkomt, maar nooit meer dan één. Sinds door virologisch onderzoek is gebleken dat deze stomatitis aphthosa een der afwijkingen is die bij primo-infectie met herpes-simplex-virus kunnen ontstaan worden de namen stomatitis (acute) herpetica en gingivostomatitis herpetica verkieslijk geacht maar de oude benaming is daarmee niet verdwenen. Op de verwarring die kan ontstaan werd in deze rubriek reeds eerder gewezen (Vraag 35 1969). De vele slijmvliesaandoeningen met als aften aangeduide erosies of oppervlakkige ulcera vormen een moeilijk hoofdstuk, de nomenclatuur is belangrijk om er de weg in te kunnen vinden.

In de in de vraag gebruikte term „pallets” is een drukfout geslopen. Over het gebruik van pellets als zuigtabletten met hydrocortisonhemisuccinaat is in dit tijdschrift geschreven door JANSSEN en REYERS (1960).

*Literatuur:* JANSSEN, L. H. en J. G. CH. REYERS (1960) *Ned. T. Geneesk.* 104, 217. — SCHUERMANN, H., A. GREITHER en O. HORNSTEIN (1966) *Krankheiten der Mundschleimhaut und der Lippen*. Urban & Schwarzenberg, München. — Vraag 35 (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 1437; Vraag 23 (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1097.

Amsterdam, juli 1974

J. R. PRAKKEN

Naar aanleiding van het antwoord op vraag 23 (1974) zou ik graag een goed woordje willen doen voor de zuigtabletten met 2,5 mg hydrocortisonhemisuccinaat (bv. Corlan-pellets) die weliswaar de aften niet genezen, maar wel voor korte of langere tijd doen verdwijnen. De toepassing is gemakkelijk in de onderkaak, bv. sublinguaal of in het vestibulum oris, maar moeilijker in het vestibulum van de bovenkaak. Het aanstippen van de blaasjes met nitrargenti 50% op een miniatuur-watje in een zg. tandartsenpincet is effectief, maar kan slechts incidenteel gebeuren en is tijdrovend wanneer er meer blaasjes tegelijk zijn en moeilijk wanneer door overvloedig speeksel de aan te stippen plek niet droog te krijgen is.

Voor ik deze hydrocortisontherapie had leren kennen, heb ik (gedeeltelijk) succes gehad met het vrijwel onbekende, maar in gevallen van „gewone” gingivitis zeer werkzame doorspuiten van de interdentale ruimten met 1/2% waterstofperoxide (afgestompte naald tussen de tanden en kiezen plaatsen en met enige kracht spuiten). Deze methode maakt de — meestal schuldige — anaëroben het leven moeilijk en is ook voor de patiënt gemakkelijk toe te passen (enige malen per dag).

*Literatuur:* Vraag 23 (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1097.

Amsterdam, juli 1974

B. VAN OMMEN

Naar aanleiding van vraag 23 (1974) inzake de behandeling van stomatitis aphthosa is het misschien interessant het volgende praktijkgeval te vermelden. Toen ik destijds mijn (overgenomen) praktijk begon, raadpleegde een patiënte mij over haar hardnekkige en pijnlijke aften. Bij het uitdiepen van de anamnese bleek, dat deze aften optraden

gedurende de laatste week vóór het begin van de menstruatie. Ik schreef patiënte voor die week ethinylestradiol (Lynoral) voor met verbluffend succes. Na drie jaren hielp dit niet meer. Ik gaf toen Menformon. Dit hielp een klein jaar. Daarna was het alleen nog de nitrastift die uitkomst bracht. Met het intreden van het climacterium verdwenen ook geleidelijk de aften.

*Literatuur:* Vraag 23 (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1096.

Mook, juli 1974

J. A. KOK

Naar aanleiding van vraag 23 (1974) kan ik meedelen dat mij een afdoende therapie voor stomatitis bekend is. Het gaat hier om ernstige aphthae-patiënten. Stomatitis aphthosa wordt in eerste instantie niet veroorzaakt door een infectieus agens, doch door een allergie die weer op een aangeboren intolerantie berust voor voedings- en genotmiddelen. DARIER (*Précis de dermatologie*) wees er meer dan 60 jaar geleden reeds op dat men deze aphthae vooral aantreft bij dyspeptische en nerveuze mensen t.g.v. dieetfouten en stress.

Bij normale mondverzorging genezen aphthaelaesies vanzelf in ruim een week. Men voorkomt recidieven door een doeltreffend dieet. Het is dus niet nodig om geneesmiddelen te doen gebruiken. Medicus en patiënt moeten te zamen zoeken naar het geschikste dieet.

In 1952 kwam ik m.i. een stuk verder toen ik twee verpleegsters in behandeling kreeg, die ieder in een ander ziekenhuis werkten en elkaar niet kenden. Zij konden vaak niet behoorlijk praten en eten door de pijn aan tong of wangen. In hun jeugd hadden zij vaak spijsverteringsstoornissen en buikpijn. Ik besloot te beginnen met een eenvoudig volwaardig proefdieet, samengesteld uit voedings- en genotmiddelen, die doorgaans goed worden verdragen. De ervaring had mij tevoren reeds geleerd dat men voorzichtig moest zijn met vette spijzen zoals roomboter, room, volle melk, kaas, vet vlees, spek, ham en ook eieren. Ook met genotmiddelen zoals cacao-producten, pindaproducten, walnoten, gebakjes, speculaars, specerijen, drop, zuurtjes en ook met het roken van sigaretten moet men voorzichtig zijn. Onwetende aphthae-patiënten eten wekelijks enige malen van genoemde producten en hebben daardoor continu last van aphthae.

Omstreeks hun 20e jaar was de stomatitis aphthosa bij beide patiënten komen opzetten, veel erger dan tevoren. Al naar de graad van overgevoeligheid én naar de hoeveelheid die wordt geconsumeerd, komen de aphthae vroeger of later na de maaltijden op. Die tijd varieert bv. van 1/2-6 uur. Dit is van veel belang om te weten, ten einde de „dader” te ontdekken. Bij de ene patiënte gaven 5 walnoten na 6 uren één kleine efflorescentie, die niet veel last gaf; 2 weken later gaven 20 kleine pindanoetjes na 1 1/2 uur een fikse reactie van verschillende en grotere efflorescenties, gepaard met een algemeen onwelzijn gedurende enige dagen. De hoeveelheid van het voedingsmiddel speelt een grote rol. Bij de andere patiënte gaf één ei om de drie dagen geen last, doch 1 x per week 2 eieren tijdens één maaltijd veroorzaakten enige uren daarna stomatitis aphthosa. Die overgevoeligheid blijft zeer lang, zelfs vele jaren bestaan. Bij vrouwen die steeds veel last van aften hadden, heb ik de aandoening spontaan zien verdwijnen toen zij boven de leeftijd van ongeveer 50 jaar kwamen.

Het uitgangspunt voor een proefdieet moet zijn, dat dit volwaardig en eenvoudig is. Het moet worden samengesteld uit voedings- en genotmiddelen die doorgaans door deze pa-