

en een 20 cm lang stuk colon. Er waren onderlinge vergroeiingen van de serosa. Deze toonde behalve flardige adhesies vooral op de dunne darm vele geelgrijze knobbeltjes van 1 mm tot ruim 1 cm doorsnede, vaak confluerend. Bij openen bleek de dunne darm op 3 plaatsen gestenoseerd te zijn door nagenoeg circulair tumorachtig grijs-wit infiltraat, dat zich voornamelijk in de wand en subserus bevond. Het slijmvlies toonde multipele kleine korrels van 1 mm doorsnede. Het caecum was door infiltraat aan de buitenzijde dicht gedrukt. Verder toonde het colon geen bijzonderheden, het slijmvlies was overal gaaf. Enkele lymfeklieren in de ileocaecale hoek waren vergroot, kazig necrotisch op doorsnede.

Bij *microscopisch onderzoek* bleken de tumorachtige infiltraten in spierwand en subserosa te bestaan uit grote, soms confluerende granulomateuze ontstekingsinfiltraten met uitgebreide centrale fibrinoïde necrose. Deze was omgeven door epitheloïdcellige granulomen met reuzencellen van Langhans, lymfocyten en plasmacellen (fig. 5). Ook in de submucosa en mucosa kwamen tuberculeuze granulomen voor. Het slijmvlies toonde hier en daar een kleine ulceratie. De lymfeklieren bevatten eveneens verkazende tuberculose. Zowel hierin als in de darmlaesies konden enkele zuurvaste staafjes worden aangetoond.

Na de operatie werd patiënte behandeld met isoniazide (Nidaton) (4 dd 50 mg) en ethambutol (Myambutol) (3 dd 400 mg) gedurende 4 maanden. Zij hield nog geruime tijd diarree — overigens maakte zij een voorspoedige convalescentie door.

Ongeveer 7 maanden na ontslag kreeg patiënte een zwelling links in de hals, welke geleidelijk aan groter werd en drukkijnlijk was. Bij punctie werd kaasachtig materiaal verkregen, waaruit tuberkelbacteriën van het humane type werden gekweekt. Deze bleken gevoelig voor streptomycine, PAS en isoniazide. Met

isoniazide 3 dd 50 mg en streptomycine 1 gram 2 maal per week nam het lymfeklierpakket snel in omvang af. Na 2½ maand werden de streptomycinetoeidingen gestaakt (26 januari 1973). De behandeling met isoniazide wordt nog voortgezet.

Discussie:

DAGNELIE: De moderne therapie van patiënten met dergelijke tuberculeuze processen dient de gelijktijdige toediening van 3 tuberculostatica te omvatten en wel bij voorkeur rifampicine, isoniazide en ethambutol. Deze drie middelen worden gecombineerd gedurende ten minste een jaar; aansluitend wordt dan gedurende ongeveer een halfjaar een combinatie van twee ervan gegeven en daarna kan men overwegen de geneesmiddelen geheel te staken.

STOCKMANN vindt de chirurgische therapie (extirpatie) van tuberculeuze halsklierpakketten onder bescherming van en gevolgd door toediening van tuberculostatica te verkiezen boven uitsluitend medicamenteuze therapie omdat dan geen necrotisch weefsel in de lymfeklieren achterblijft, waaruit later bij reactivering uitzaaing zou kunnen plaatsvinden.

Volgens DAGNELIE ontstaat in goed behandelde gevallen geen necrose in de lymfeklieren, en mocht deze necrose reeds bestaan, dan diffundeert de rifampicine in de necrose. Recidieven en uitzaaingen worden dan ook alleen gezien bij patiënten die géén intensieve tuberculostatische therapie hebben ondergaan.

FRENKEL merkt op dat de langdurige diarree na de operatie vermoedelijk is te wijten aan de galzure zouten die, in plaats van in de terminale ileumlis te worden geresorbeerd, in het colon terechtkomen, daar water aantrekken en diarree veroorzaken. Behandeling met colestyramine, dat de galzure zouten bindt, is hier op zijn plaats.

Juni 1974

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Zwangerschapstest

Wij hebben een vergelijkend onderzoek verricht van enkele nieuwe aangeboden latex-agglutinatie-Urine-Chorion-Gonadotropine(UCG)-tests. De aanleiding daartoe was dat eind 1973 de toenmalige door ons gebruikte test niet langer werd geleverd en ook dat de gevoeligheid ervoor, aanvankelijk ongemerkt, was veranderd, nl. van ca. 330 tot 750 E/l.

Wij gebruikten de zg. semi-kwantitatieve micro-UCG-bepaling (DRIESSEN 1968), waarbij de reagentia van Wampole Lab., Denver, werden gebruikt. Wegens

het vrij constante en nauwkeurige omslagpunt op ca. 330 E/l voldeed deze methode bij ons jarenlang goed, vooral ook voor de detectie van gecompliceerde zwangerschappen. Zoals uit de literatuur bekend is, komen lage waarden vaak voor bij complicaties, zoals ectopische graviditeit (HON 1961; WIDE 1962). In een normale graviditeit behoort de UCG-titer op te lopen tot veel meer dan 10.000 E/l (HOBSON 1955; BRAGSHAW en WIDE 1965). In Dordrecht en omstreken is men met dit verschijnsel zo goed bekend, dat bij lage titers de

patiënt automatisch onder verscherpte controle wordt gehouden. Voor de algemene praktijk is deze methode echter te ingewikkeld en ook bij andere aanvankelijk geïnteresseerde laboratoria is men door de instabiele resultaten, wellicht veroorzaakt door kleine verschillen in buffers en druppelgrootte (mondelijke mededelingen), er weer van afgestapt.

In ons onderzoek naar nieuwe testmethoden viel Gonavislide op door het feit dat agglutinatie ook „het positief zijn van de reactie” betekent. Dit in tegenstelling tot alle andere tests, waarbij agglutinatie een negatieve uitslag betekent. Dit laatste kan onzes inziens verwarring geven en leiden tot foutieve interpretaties. Bovendien bleek de grenswaarde van Gonavislide scherper afleesbaar te zijn, zodat hierop een semi-kwantitatieve titratie gebaseerd kon worden. Door de omstandigheid dat wij voor meer zekerheid behalve de genoemde micro-UCG-test, ook steeds de Pregnosticon-reactie (Organon) uitvoeren, was het niet moeilijk bij honderd urines bovendien nog de Gonavislide-test ter vergelijking te verrichten.

Behalve deze 100 willekeurige urines, waarvan de Gonavislide-uitslag kwalitatief (positief of negatief) voor 100% overeenkwam met die van de Pregnosticon en de micro-UCG-reactie (in Nederland Philips Duphar), werden een aantal „standaard”-urines semi-kwantitatief met Gonavislide getest. Hiertoe werden met behulp van mannenurine en een humaan choriongonadotropinepreparaat (Pregnyl) standaarden gemaakt van 2000 tot en met 55000 E/l. Deze werden verdund in mannelijke urine c.q. 0,1% BSA (Bovine Serum Albumin in aqua dest.). Het omslagpunt lag voor alle gebruikte standaard-urines in beide verdunningsmedia bij 1000 ± 150 E per liter. Bij verdunningen in uitsluitend fysiologische zoutoplossing bleek de

grenswaarde hoger te liggen en onduidelijk te zijn (2000-5000 E/l).

Ten einde een snelle en niet onnodig dure semi-kwantitatieve methode voor de praktijk op de Gonavislide-test te baseren, kan men de urine eerst testen volgens de bijsluiter. Als de reactie positief is, wordt op het testglasje een verdunning gemaakt van 1:5 door 1 druppel urine te mengen met 4 druppels BSA-oplossing. Hiervan worden 2 druppels op het resterende ovaaltje van het testglasje gebracht en volgens voorschrift getest. Is de agglutinatie positief, dan is de titer groter dan 5000 E per liter; is de agglutinatie net zichtbaar (loepje), dan wordt de titer als ca. 5000 E/l afgegeven. Zonodig kunnen de tussenliggende waarden op een soortgelijke manier worden bepaald. Het zou aanbeveling verdienen, deze set aan te vullen met een flesje BSA („verdunningsvloeistof”), voorzien van een druppelaar die even grote druppels geeft als de bijgeleverde urine-pipetjes.

P.S. De resultaten van deze experimenten zijn op aanvraag ter beschikking.

LITERATUUR

- BRAGSHAWE, K. E. en C. E. WIDE (1965) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwllth* 72, 59.
DRIESSEN, J. H. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 2217.
HOBSON, B. M. (1955) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp.* 62, 345.
HON, E. H. A. (1961) *Manual of pregnancy testing*. Little, Brown & Co., Boston (Mass.).
WIDE, L. (1962) *Acta endocr. (Kbh.)* Suppl. 70.

Dordrecht, oktober 1974

J. H. DRIESSEN

VRAAG EN ANTWOORD

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

Ontbrekende melksnijtanden

Vraag 4. Bij een jongetje van nu 5 jaar verschenen bij de eerste dentitie maar 2 van de 4 bovenste snijtanden. Deze staan in een overigens normale kaak in een verder geheel normale mond. Het enige bezwaar dat de jongen ervan ondervindt is dat de s-klanken niet geheel zuiver klinken. De ouders vragen mij nu wat de verwachtingen zijn voor het blijvende gebit nu hun tandarts zich voorzichtig (wijs?) op de vlakke hield.

Is hier iets over bekend? Waar kan ik er iets op naslaan?

Antwoord. Wanneer 2 van de 4 bovenste snijtanden van het melkgebit niet zijn verschenen, is het mogelijk, dat deze 2 melksnijtanden niet zijn aangelegd ofwel nog gereteneerd in de kaak aanwezig zijn, hoewel deze laatste mogelijkheid niet waarschijnlijk is. Zowel de

agenesie als de eventuele oorzaak van de retentie kan op eenvoudige wijze worden vastgesteld door het maken van een zg. orthopantomogram (zie fig.), een speciaal type röntgenfoto, waarbij in één enkele opname een volledig overzicht wordt verkregen van zowel onder- als bovenkaak. Op deze röntgenfoto kan dan tevens worden vastgesteld in hoeverre er variaties in het aantal van de nog niet doorgebroken blijvende gebits-elementen bestaan. Een dergelijk orthopantomogram kan worden gemaakt in de mondheeskundige afdelingen van de academische ziekenhuizen in Nederland; ook in een aantal niet-academische ziekenhuizen waar specialisten in de mondheeskunde werkzaam zijn, is de apparatuur ervoor aanwezig.

Een tekort aan tanden — hypodontie — is in het melkgebit een vrij zeldzaam verschijnsel, dat meer in de bovenkaak dan in de onderkaak voorkomt. Het