

effect van desensibilisatie te beoordelen: (1) teruggaan van de sterkte van de huidreacties (gemiddeld met een factor 30) (VOORHORST 1971; DIEGES 1976); (2) stijgen van de gevoeligheid allergeen nodig om een provocatieproef positief te doen uitvallen (MCALLEN c.s. 1967; ASSEM en MCALLEN 1973; D'SOUZA e.a. 1973); (3) teruggaan van de sensibilisatiegraad van de in het bloed circulerende basofiele leukocyten (LICHTENSTEIN c.s. 1968); (4) teruggaan van de seizoenseosinofilie (VOORHORST 1962, 1971) en daling van het aantal eosinofielen in het exsudaat bij de zg. „skin-window“-techniek (HALLE en LOWELL 1967), en (5) ontwikkeling van blokkerende antistoffen (LICHTENSTEIN e.a. 1968; VOORHORST 1971; DIEGES 1972, 1976).

Een ander probleem vormen de voor desensibilisatie gebruikte extracten. Zolang de in de handel zijnde extracten slechts geproduceerd worden door kleinere firma's of door kleine onderafdelingen van grote farmaceutische industrieën (omdat er zo weinig aan te verdienen is kan er veel te weinig geld aan research besteed worden) en zolang een groot deel van de behandelende artsen zo weinig energie wil stoppen in deze vorm van behandeling, er veel te snel mee ophoudt en zich het liefst beperkt tot een serie van drie depotinjecties, tot zolang is er ook geen algemene tevredenheid te verwachten over een vorm van behandeling die zich overigens reeds meer dan 60 jaar in de geneeskunde heeft gehandhaafd.

In het antwoord op vraag 24 wordt het woord desensibilisatie helaas ook toegepast op bacterievaccins. Dit is onjuist. Bij bacterievaccins gaat het namelijk niet om desensibilisatie tegen een vorm van IgE-allergie, doch om vaccinatie, resp. immunisatie van patiënten, die recidiverend last hebben van commensale luchtweginfecties als „trigger mechanism“ van langdurige periodes van astma of rhinitis vasomotoria. Wil de clinicus deze infecties trachten te voorkomen, dan heeft hij, zolang er tegen de primaire oorzaak, de honderden verschillende typen respiratoire virussen, nog geen polyvalent vaccin bestaat, weinig keus. Hij kan langdurig kleine hoeveelheden corticoïden geven, regelmatig de beperkt beschikbare humane immuunglobuline toedienen, of vaccineren met een zo polyvalent mogelijk vaccin dat de belangrijkste commensalen van de luchtwegen bevat. Het komt me voor dat vooral de vele kapselantigenen van de pneumokokken en soms misschien van *H. influenzae* in dit verband van belang zijn. Het doel is opwekken, resp. langdurig hooghouden van antistoftiters tegen een grote reeks van bacterieantigenen.

De uitspraak dat toediening van deze vaccins in de Verenigde Staten verboden zal worden, wijst op onbekendheid in het klinische Jeruzalem. Er is daar nu alleen een nogal levendige discussie gaande over de vraag of bepaalde door de commercie geproduceerde bacterievaccins door de „Food and Drug Administration“ als specialités erkend zullen worden. Ook voor de arts in de Verenigde Staten blijft vanzelfsprekend de mogelijkheid bestaan, indien hij dit nodig acht, zijn patiënten te behandelen met bacterievaccins. Hij zal misschien echter zelf de verantwoordelijkheid moeten dragen voor de samenstelling en de bereiding van zijn vaccins. Het komt me voor dat dit zeker voor de vele goed opgeleide allergologen, die dit land rijk is, geen onoverkomelijke moeilijkheden zal opleveren.

Met het bovenstaande is Vraag 24 nog onvoldoende beantwoord en het redactionele antwoord nog onvoldoende kritisch becommentarieerd. Dit zou een veel te lang stuk vergen.

*Literatuur:* ASSEM, E. S. K., en M. K. MCALLEN (1973)

*Clin. Allergy* 3, 161. — DIEGES, P. H. (1972) *Acta allerg. (Kbh.)* 27, 179; (1976) *Acta allerg. (Kbh.)* 31, 130. — HALLE, C. J. en F. C. LOWELL (1967) *J. Allergy* 39, 33. — LICHTENSTEIN, L. M., P. S. NORMAN e.a. (1968) *Amer. J. Med.* 44, 514. — MCALLEN, M. K., P. J. D. HEAF e.a. (1967) *Brit. med. J. I*, 22. — SOUZA, M. F. D', J. PEPYS e.a. (1973) *Clin. Allergy* 3, 177. — VOORHORST, R. (1962) *Basic facts of allergy*, bl. 83 en 84. Stenfert Kroese, Leiden; (1971) *Het atopie syndroom*, 2e druk, bl. 164. Stafleu, Leiden. — Vraag 24 (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1505.

Leiden, september 1976

R. VOORHORST

De beantwoording van Vraag 24 (1976) noodt tot commentaar. Het antwoord neigt duidelijk tot ontkenning van resultaten die op grond van gedegen onderzoek zijn verkregen. Dit betreft zowel het klinische effect als het verloop van immunologische parameters en de effecten van inhalatieprovocatie-proeven (voor overzicht zie LIEBERMAN en PATTERSON 1974, NORMAN 1974, en PEPYS 1975). In de literatuur wordt aan het verbeterend effect van desensibilisatie ook wel getwijfeld (zie ROSE 1974 en MAY 1975). In het antwoord op Vraag 24 worden echter een aantal min of meer theoretische bezwaren opgeworpen, waarover juist geen duidelijke gegevens bekend zijn. Niemand die zich serieus met desensibilisatie bezighoudt, beweert dat er thans een allesomvattende verklaring van de effecten van desensibilisatie voorhanden is.

Voorts is het jammer dat in het „radicale“ antwoord de medicamenteuze therapie met corticosteroiden niet ter sprake komt. Het effect van desensibilisatie zou juist bij kinderen beter dan bij volwassenen zijn (NORMAN 1975) en voor de medicus practicus is dat van belang bij het afwegen van een behandeling met corticosteroiden tegen een desensibilisatie.

Het is bij de beantwoording van vragen in dit Tijdschrift mijns inziens geen bezwaar om bij min of meer controversiële opvattingen, zoals veelvuldig in de geneeskunde voorkomen, twee verschillende antwoorden op te nemen, zoals ook wel eerder is gebeurd. De lezer wordt dan de gelegenheid gegeven om zelf tot een oordeel te komen.

*Literatuur:* LIEBERMAN, P. en R. PATTERSON (1974) *Advanc. intern. Med.* 19, 391. — NORMAN, P. S. (1974) *Med. Clin. N. Amer.* 58, 111; (1975) *Ann. Rev. Med.* 26, 337. — MAY, C. D. (1975) *Pediat. Clin. N. Amer.* 22, 221. — PEPYS, J. (1975) *Prescribers' J.* 15, 13. — ROSE, B. (1974) *Med. Clin. N. Amer.* 58, 127. — Vraag 24 (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1505.

Rotterdam, september 1976

P. H. DIEGES

Het antwoord op Vraag 24 (1976) omtrent indicaties en contra-indicaties van desensibilisatiekuren met inhalatieallergenen is zeer negatief. Hoewel wij niet willen bestrijden dat de theoretische rechtvaardiging van deze therapie verre van volmaakt is, zijn wij het volledig oneens met de stelling dat „bij deze behandeling van wezenlijke bescherming geen sprake zou zijn“, m.a.w. dat deze geen resultaat zou opleveren. Wij passen deze therapie sinds vele jaren bij een groot aantal patiënten met succes toe; vooral bij jonge mensen zijn de resultaten zeer goed. Naar schatting 80 tot 90% van de behandelde patiënten wordt klachtenvrij. Wij hebben een vrij groot aantal patiënten die ook jaren na het staken van de behandeling volledig vrij van klachten zijn gebleven. De resul-