

VRAAG EN ANTWOORD

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

Intracutane toediening van influenza-vaccin

Vraag 44. Kan influenza-vaccin (bv. Influvac-plain) ook intracutaan worden gegeven (0,1 à 0,2 ml)? Voor cholera- en buiktyfus-vaccin en voor BCG is dit zelfs regel, evenals voor pokken. M.i. wordt bij het gebruik van luchtdruk bij de transcutane methode ook een belangrijk deel van het vaccin intracutaan gedeponerd. De intracutane methode van vaccinatie kan gevolgen hebben voor de farmaceutische industrie, omdat dan veel kleinere hoeveelheden nodig zijn en ook veel kleinere voorraden aangelegd behoeven te worden voor epidemieën.

Antwoord. Een vrijwel identieke vraag over het nut van intracutane toediening van influenza-vaccin werd in dit tijdschrift opgenomen in 1969. Het antwoord luidde toen dat een aantal onderzoeken hadden aangetoond dat er geen wezenlijk verschil bestond in het niveau van antistoffen tegen influenza na intracutane en na intramusculaire toediening van dit vaccin. Niettemin werd de intracutane toediening afgeraden, omdat dit moeilijker zou zijn dan de zo eenvoudige intramusculaire injectie.

Intracutane toediening geeft de beste resultaten bij BCG-vaccinatie, maar over het algemeen wordt deze opgedragen aan geroutineerde krachten, vooral ook omdat een ongeoefende hiermee af en toe fouten maakt en een onjuiste injectie, vooral van dit vaccin, aanleiding kan geven tot soms zeer onaangename complicaties.

Door sommigen wordt de intracutane toepassing van cholera-vaccin aanbevolen, omdat deze entstof bij de gebruikelijke toepassingswijze vrij aanzienlijke lokale en algemene reacties kan geven, die men door intracutane toediening kan vermijden. Aan de mogelijkheid dat de intracutane toediening wellicht een mindere immuniteit zou kunnen veroorzaken wordt door velen niet al te zwaar getild, omdat dit vaccin, op welke wijze ook toegediend, op zijn best een zeer matige bescherming tegen cholera biedt.

De reacties op de toediening van influenza-vaccin zijn in ieder geval betrekkelijk gering, in aantal en in ernst, en vooral de lokale reacties worden niet geringer door intracutane toediening. Ook zijn de laatste tijd enkele publikaties verschenen waaruit blijkt dat de intracutane toediening minder antistofvorming ten gevolge heeft dan de subcutane, die op haar beurt weer achterblijft bij de intramusculaire wijze van vaccineren (RUBEN en JACKSON 1972) en andere onderzoeken die men kan samenvatten als: hoe meer vaccin, hoe meer antistoffen (KNIGHT c.s. 1971).

Het noodlot van de influenza-vaccinatie is vooral dat de werkzaamheid van deze ingreep verschillend beoordeeld wordt, variërend van „nogal” tot „zeer dubieus” en dat een afdoende weerlegging van deze twijfel

zo zeldzaam is, dat de discussie er over zelden uitstijgt boven het „’t is welles, ’t is nietes”-niveau.

Samenvattend kan men zeggen dat over het algemeen de voorstanders van influenza-vaccinatie er weinig op tegen hebben om door de inspuiting van meer vaccin de industrie beter te steunen, terwijl degenen die twijfelen aan het nut van influenza-vaccinatie, of zelfs aan de wijze van toediening, het risico lopen te worden gerekend te behoren tot een groep van querulanten of zonderlingen. De argeloze inzender van bovenstaande vraag zal zich moeten realiseren dat het door hem ter discussie gestelde probleem slechts een kleine factor kan zijn in de toch al slapeloze nachten van de influenza-experts, kort geleden nog ernstiger geworden door de in Amerika gerezen complicaties met varkensinfluenza-vaccin, dat mogelijk slechts gedeeltelijk werkzaam blijkt te zijn, terwijl 2 miljoen doses van een vaccin dat door één der fabrikanten met behulp van een verkeerd gekozen stam werd gefabriceerd, misschien zelfs beter zijn dan de officiële entstof (Editorial 1976).

Als troost kan men bedenken dat werkelijk goede vaccins, die een onmiskenbare bescherming tegen infectieziekten bieden, zoals de entstoffen tegen polio, difterie, tetanus, kinkhoest, rodehond en mazelen, door de overheid kosteloos ter beschikking worden gesteld.

Literatuur: Editorial (1976) *Science* 193, 1224. — KNIGHT, V. c.s. (1971) *Bulletin WHO* 45, 767. — RUBEN, F. L. en G. G. JACKSON (1972) *J. infect. Dis.* 125, 656. — Vraag (1969) *Ned. T. Geneesk.* 113, 621.

INGEZONDEN

Betekenis en betrouwbaarheid van de complementbindingsreactie voor het aantonen van antistoffen tegen gonokokken

Het antwoord op vraag 33 (1976) over de Go-CBR is door zijn korthed onvolledig en doet daardoor te kort aan de klinische betekenis van de Go-CBR en andere serologische reacties ter herkenning van gonorrhoe. NORINS (1973) schat de waarde van serologische reacties op gonorrhoe toch anders. Kernpunten uit zijn betoog zijn:

1. Hoewel de bacteriologische methoden (kweekmethoden, uitstrijkpreparaten, immunofluorescentiemethoden) geperfectioneerd zijn, zijn deze nog steeds niet optimaal. Hierdoor is het mogelijk een positieve serologische reactie bij een patiënt te vinden bij wie bacteriologisch geen gonorrhoe is aangetoond. In zo'n geval hoeft niet per se van een vals positieve reactie sprake te zijn.

2. Het feit dat de gevoeligheid van de Go-CBR en de andere reacties geen 100% is, betekent nog niet dat men zo'n reactie niet kan gebruiken bij de opsporing van patiënten.

Men denke bij voorbeeld aan het jarenlange gebruik van de Kolmer en de VDRL bij de herkenning van primaire en latente (vroeg en late) en tertiaire symptomatische lues.

Mijns inziens hangt het gebruik van een weinig gevoelige test o.a. af van het verwachte vóórkomen van gonorrhoe in de populatie die men beschouwt en van de mate van fout-positiviteit van de reactie. Daarom moet voor een antwoord op de vraag onderscheid worden gemaakt tussen verschillende groepen van patiënten. Een indeling naar high risk-groepen, low risk-groepen, naar bepaalde typen gonorrhoe zoals symptomatische en asymptomatische uretrale gonorrhoe bij mannen, geïsoleerd voorkomende proctitis bij mannen en vrouwen, asymptomatische en symptomatische urogenitale/rectale gonorrhoe bij vrouwen, salpingitis gonorrhoeica en sepsis gonorrhoeica had gemaakt kunnen worden. Ook had gezeven kunnen worden op het nut van het bepalen van een Go-CBR bij de individuele patiënt (bv. bij salpingitis en sepsis gonorrhoeica). Ik ben mij ervan bewust dat een dergelijke uitvoerige beantwoording niet in de rubriek Vraag en Antwoord past, maar als men het antwoord zo beperkt als bij vraag 33 gebeurd is, kan men beter de hele vraagstelling laten vervallen.

Literatuur: NORINS, L. C. (1975) In: *International Symposium on gonorrhoea*, bl. 34. — Vraag 33 (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1805.

Rotterdam, november 1976

E. STOLZ

1. Collega STOLZ stelt dat de bacteriologische methoden nog niet optimaal zijn. Hierin heeft hij gelijk, maar hij zal het

er mee eens zijn dat deze methoden (combinatie van uitstrijkpreparaat + kleuring of directe immunofluorescentie en kweekmethode, mits goed afgenomen) vele malen gevoeliger zijn dan de Go-CBR. Het percentage der gevallen met een positieve G-CBR, terwijl de bacteriologische kweek negatief uitvalt, is mijns inziens uitermate gering, behalve bij complicaties.

2. De gevoeligheid van de Go-CBR, die 20-40% bedraagt, is veel kleiner dan de gevoeligheid van de Kolmer en VDRL bij primaire en secundaire syfilis. Daarbij komt dat men voor syfilis altijd nog andere specifiekere reacties achter de hand heeft om bij eventuele twijfel de diagnose zeker te stellen. Tevens heeft men bij syfilis niet de mogelijkheid de verwekker met een bacteriologische kweek aan te tonen, zodat men wel is aangewezen op serologische methoden.

3. Ik ben het helemaal met collega STOLZ eens dat de Go-CBR zijn nut heeft bij de individuele patiënt die misschien een complicatie heeft die op gonorrhoe berust (bijvoorbeeld salpingitis en arthritis); in het antwoord is hier dan ook duidelijk op gewezen.

De conclusie kan luiden dat de clinicus laboratoriumbepalingen nodig heeft voor het stellen of verifiëren van zijn diagnose. Heeft hij de keus tussen verschillende methoden, dan zal hij altijd de methoden willen gebruiken die hem de meeste informatie geven. Bij gonorrhoe zijn dat uitstrijkpreparaten (+ kleuring) of directe immunofluorescentie met daaraan gekoppeld de bacteriologische kweek die ook nog de mogelijkheid geeft een resistentiebepaling te doen. Voor de Go-CBR is, wegens de geringe gevoeligheid, dan alleen nog plaats als bij een individuele patiënt het vermoeden op complicaties bestaat (salpingitis, arthritis) die op gonorrhoe zijn terug te voeren.

BOEKAANKONDIGINGEN

W. D. SCHÄFER, *Strabismus in der Praxis*. Untersuchungstechnik und Behandlungsablauf. 137 bl., 37 fig. Springer-Verlag, Berlijn 1976. Prijs: ingen. DM. 18,80.

Voor oogheelkundige boeken wordt in het Duitse taalgebied meer en meer gebruik gemaakt van het zakboekformaat. Men zal dit boekje echter vermoedelijk niet in de zak van zijn witte jas meedragen, maar voor forensen onder de oogartsen en orthoptisten is het goede leatuur.

De indeling van het boekje is zeer praktisch. Na enkele begripsbepalende hoofdstukjes wordt er al snel op het onderzoek overgegaan. De niet-operatieve behandeling wordt goed beschreven, maar de operatieve behandeling zal men uit dit boekje niet kunnen leren. Er wordt wat weinig aandacht gegeven aan syndromen en bijzondere vormen van scheelzien. De titel is dan ook niet geheel juist. Zo komt het paralytisch scheelzien niet ter sprake. Vooral de lijst met verklaringen van de betekenis van bepaalde uitdrukkingen maakt deze publikatie tot een nuttig boekje voor artsen en leerling-orthoptisten die een leidraad voor de behandeling van het strabismus concomitans behoeven.

A. TH. M. VAN BALEN

Mastication. Proceedings of a symposium, Bristol 1975.

Onder redactie van D. J. ANDERSON en B. MATTHEWS. 291 bl., fig. John Wright, Bristol 1976. Prijs: ingen. £ 10,—.

Het boek geeft een verslag van 31 voordrachten met discussies gehouden tijdens een „Symposium on the clinical and physiological aspects of mastication” in april 1975 te Bristol. Er zijn bijdragen over het kauwproces, de musculatuur met haar verschillende receptoren, de rustpositie van de onderkaak, de bewegingen van de onderkaak, de neurofysiologie van het kauwproces, de afwijkingen bij het kauwen en de invloed van correctief ingrijpen. Deze bijdragen bestaan voor een belangrijk deel uit kauwfysiologisch experimenteel onderzoek bij dieren doch bovendien is een aantal artikelen gewijd aan de klinische aspecten van de kauwfysiologie.

Het geheel wordt besloten met een indrukwekkende lijst van referenties (673 opgaven). Voor zowel klinici als wetenschappelijke werkers die zich willen verdiepen in de fysiologie van het kauwproces kan dit boek sterk worden aanbevolen daar het de huidige stand der wetenschap op dit gebied goed weergeeft.

P. A. E. SILLEVIS SMITT