

aandoening van patiënte zal blijken dat de diagnosen pemphigus of parapemphigus geheel en al verworpen kunnen worden.

Uit de anamnese bleek dat de patiënte wegens hypertensie door de cardioloog werd behandeld; deze had haar enkele maanden tevoren propranolol (Inderal) voorgeschreven in de dosis van 300 mg per dag. Andere medicijnen had patiënte gedurende die periode niet ingenomen. De propranolol-medicatie werd direct na opneming gestopt. Binnen 3 dagen werd de lichaamstemperatuur normaal; binnen enkele weken waren de met indifferente therapie behandelde huidafwijkingen (behoudens de psoriasis-laesies) verdwenen. In navolging van FELIX en COMAISH (1974), die epicutaan onderzoek met practolol verrichtten, werden plakproeven gedaan met 10% en 50% zuiver propranolol in vaseline. De reacties na 48 en 72 uur waren sterk positief. Bij tien controlepatiënten werd op deze wijze geen enkele reactie op propranolol waargenomen. Bij patiënte bestond geen groepsallergische reactie met het eveneens β -adrenergeblokkerende middel pindolol (Viskeen) dat ook toegepast werd als 10% en 50% in vaseline.

Concluderend is bij deze patiënte een ernstige, op de ziekte van Lyell gelijkende huidruptie ontstaan waarvan de pathogenese zeer waarschijnlijk berust op sensibilisatie voor propranolol. Deze sensibilisatie bleek zich na epicutaan onderzoek te manifesteren als een delayed-type allergische reactie (type IV, GELL e.a. 1975).

Beschouwingen

In tegenstelling tot het verwante practolol, waarvan vele in- en uitwendige bijwerkingen beschreven zijn (BRIDGEN en ALMEYDA 1976), zijn betrekkelijk weinig ongewenste bijverschijnselen gezien van propranolol. Psoriasiforme reacties of verergering van bestaande psoriasis door propranolol werden beschreven door JENSEN e.a. (1976) bij 6 patiënten, van wie één patiënt reeds eerder een dergelijk exantheem had gehad, ge-

induceerd door practolol. Ook de histologische beelden waren volgens JENSEN e.a. identiek aan de afwijkingen die door practolol waren ontstaan. Bij provocatie met 40-400 mg propranolol per dag ontstond bij 4 van de 6 patiënten binnen enkele dagen een recidief. PADFIELD e.a. (1975) namen bij één met propranolol behandelde patiënte een psoriasiforme eruptie waar, die na staken van genoemde therapie slechts langzaam (binnen 5 maanden) verdween. Ook COCHRAN e.a. (1976) beschreven psoriasiforme erupties, ontstaan door propranolol. Positieve uitkomsten van plakproeven met propranolol, zoals bij onze patiënte, worden in de literatuur nergens vermeld. FELIX en COMAISH (1974) vonden bij één van de twee met practolol behandelde patiënten bij intracutaan onderzoek een positieve reactie na 20 minuten en bij de andere patiënt na 48 uur positieve plakproeven met practolol 10% en 50% in vaseline.

Provocatietests kunnen soms ernstige reacties van de huid veroorzaken. Bij onze patiënte met ernstige, op de ziekte van Lyell gelijkende afwijkingen hebben wij uiteraard, mede gezien de positieve uitkomsten van het allergologische onderzoek, van provocatie afgezien.

LITERATUUR

- BRIDGEN, W. D. en J. ALMEYDA (1976) *Brit. J. Derm.* 95, 335.
COCHRAN, R., J. THOMSON, A. MCQUEEN e.a. (1976) *Arch. Derm.* 112, 1173.
FELIX, R. H. en J. S. COMAISH (1974) *Lancet I*, 1017.
GELL, P. G. H., R. R. A. COOMBS en P. J. LACHMAN (1975) *Clinical aspects of immunology*, bl. 761. Blackwell, Oxford.
JENSEN, H. E., H. J. MIKKELSEN, S. WADSKOV e.a. (1976) *Acta med. scand.* 199, 363.
PADFIELD, P. L., D. G. BEEVERS, R. COCHRAN e.a. (1975) *Brit. med. J. I*, 626.

April 1977

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Drie gevallen van pertussis bij zuigelingen

R. G. M. STALPERS, ARTS-ASSISTENT

Onlangs werden wij in onze kliniek binnen een tijdsbestek van enkele weken geconfronteerd met drie gevallen van pertussis die alle bacteriologisch c.q. serologisch bevestigd konden worden. Het betrof hier in

alle drie gevallen ongevaccineerde zuigelingen van resp. 9, 9 en 13 weken oud.

Het lijkt ons nuttig naar aanleiding hiervan en van de kort geleden weer oplevende discussie over het afschaffen van de kinkhoestvaccinatie, aandacht te vestigen op deze toch ook in Nederland nog steeds voorkomende ziekte, met haar mogelijke complicaties.

Uit de Kinderkliniek (hoofden: L. STRENGERS en CA. L. M. VAN DER ZEE) van het St. Canisiusziekenhuis te Nijmegen.

Patiënt A, opgenomen 31 januari 1977, 9 weken oud, sedert 1 week geleidelijk in ernst toenemende hoestbuien, waarbij wisselend rood aanlopend gelaat dan wel lichte cyanose. Aanvankelijke diagnose: virale bovenste-luchtweg-infectie. Karakteristiek bloedbeeld met leukocytose tot $37.000 \times 10^6/l$ waarvan tot 83% lymfocyten. Geleidelijk aan werd ook op het klinische beeld de diagnose duidelijker: hevige hoestaanvallen, voornamelijk tijdens de voeding, vaak gevolgd door braken, met rood gestuwd gelaat, de tong ver naar buiten, 's nachts vaker dan overdag, maar zonder de klassieke gierende inspiratoire uithalen. Voorts geringe opisthotonus.

Het verloop werd gecompliceerd door een pneumonie en een encefalopathie: EEG (28 februari 1977): hemisfeer-asymmetrie met overprikkelbare aspecten rechts en eenmalige epileptiforme ontregeling over de convexiteit rechts.

Virusisolatie (uit neus, keel en faeces) en -serologie: negatief (RIV, Utrecht), kinkhoestplaten: geen *Bordetella pertussis* gekweekt, kinkhoest-antistoffentiters: 17 februari 1977: $\frac{1}{2}$, 28 februari: $\frac{1}{4}$, 14 maart: $\frac{1}{8}$ (RIV, Utrecht; volgens agglutinatie-op-agglutininmethode).

Patiënt B, opgenomen 10 maart 1977, 9 weken oud, wegens pneumonie van de linker bovenkwab; sedert drie weken verkouden met in hevigheid toenemende hoestbuien gepaard gaande met cyanose. Bloedbeeld weinig karakteristiek: leukocytenaantal $10.000 \times 10^6/l$, waarvan 58% lymfocyten. Klinisch beeld: hevige hoestaanvallen vooral tijdens het voeden, gepaard gaande met matige cyanose. Frequentie 's nachts hoger dan overdag, slechts langzaam afnemend. Verder ongecompliceerd beloop. EEG: ongestoord.

Virusisolatie (uit neus, keel en faeces) en -serologie: negatief (RIV te Utrecht), kinkhoestplaten (Bordet-Gengou): 11 maart 1977: geen groei; 16 maart (tijdens ampicilline-therapie!): *Bordetella pertussis* gekweekt (Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid, St. Canisiusziekenhuis, bacteriologen: dr. J. G. A. BORGHANS en dr. K. T. LIE); kinkhoest-antistoffentiters: 31 maart: $\frac{1}{4}$ (RIV te Utrecht).

Patiënt C, opgenomen 10 april 1977, 13 weken oud, na een ademstilstand; werd door zijn vader beademd op weg naar

het ziekenhuis. Sedert twee weken hevige hoesten in buien met soms cyanose van het gelaat. Bloedbeeld: leukocytenaantal: $33.800 \times 10^6/l$, waarvan 73% lymfocyten. Klinisch beeld: ernstige hoestbuien met gierende inspiratoire uithalen en cyanose-aanvallen waarbij soms ademstilstanden, welke verschillende malen incidentele kunstmatige ventilatie noodzakelijk maakten. Geleidelijk afname in ernst en frequentie van hoestbuien. Het verdere klinische verloop werd gecompliceerd door een bilaterale bronchopneumonie en encefalopathie. EEG d.d. 9 mei 1977: duidelijk minder reactiviteit boven de rechter hemisfeer, met links meer trage activiteit.

Virusisolatie (uit neus, keel en faeces) en -serologie: negatief (RIV te Utrecht); kinkhoestplaten (Bordet-Gengou): geen *Bordetella pertussis* gekweekt; kinkhoest-antistoffentiters: 17 april 1977: $\frac{1}{8}$; 28 april: $\frac{1}{8}$ (RIV te Utrecht).

Epidemiologisch zijn er geen aanknopingspunten voor een gemeenschappelijke infectiebron. Alhoewel hemelsbreed wonend binnen een straal van 5 km, waren de gezinnen waaruit de patiënten kwamen, elkaar niet bekend. Voor zover was na te gaan waren er geen gemeenschappelijke bezoekplaatsen en (of) kennissen. Evenmin was er sprake van buitenlandse contacten. De overige gezinsleden werden niet aan een nader bacteriologisch onderzoek onderworpen, doch hadden geen symptomen die aan pertussis deden denken. Het betreft hier dus ogenschijnlijk geïsoleerd voorkomende gevallen.

Drie jonge, nog ongevaccineerde zuigelingen maakten een bacteriologisch resp. serologisch bevestigde pertussis door. Bij twee van de drie patiënten werd deze gecompliceerd door een encefalopathie, bij alle drie door een (broncho)pneumonie. In één geval was het verloop zo ernstig dat intermitterende kunstmatige ventilatie noodzakelijk bleek.

Juni 1977

VRAAG EN ANTWOORD

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

Zijn vingerafdrukken van betekenis bij het onderzoek op ééneigheid van tweelingen?

Vraag 49. Zijn de vingerafdrukken van een ééneigige tweeling volkomen aan elkaar gelijk? Zo neen, wat is hiervan de reden, daar ze in feite als één individu zijn te beschouwen? Zo ja, kan men op grond van vingerafdrukken bij een tweeling tot ééneigheid besluiten met voorbijgaan van andere onderzoekingen?

Antwoord. Hoewel vingerafdrukken van een ééneigige tweeling qua patroontype gelijk kunnen zijn, is dit vaak niet het geval. Ook wanneer de patroontypen op overeenkomende vingers gelijk zijn, verschillen deze patronen in de ligging en aard der minutiae (vertak-

kingen, eindingen der huidlijsten, e.d.). De verschillen in de vingerpatronen tussen de partners van een ééneigige tweeling, maar waarschijnlijk ook de verschillen tussen de 10 patronen bij één individu, moeten worden verklaard uit lokale verschillen in het interne milieu tijdens de ontwikkeling van de patronen. Zo kunnen het geslacht, de lichaamshelft, de arm en de afzonderlijke vingers ieder een mede patroon- en minutiae-bepalende invloed hebben.

Op grond van de vingerpatronen kan alleen worden vastgesteld in welke mate ééneigigheid meer of minder waarschijnlijk is dan twee-eigigheid. Op grond van vingerpatronen tot ééneigigheid te besluiten met voorbijgaan van andere genetische onderzoekingen is op het ogenblik niet mogelijk.