

Indien dit aantal meest directe contacten gedurende de eerste fase van opnemings op 20 personen per patiënt gesteld zou worden, dan volgt hieruit dat jaarlijks 5000 van de ruim 50.000 betrokkenen het risico lopen geïnfecteerd te worden. In het onwaarschijnlijke geval, dat 10% (= 500 personen) van deze risicogroep ook metterdaad geïnfecteerd wordt, valt daaruit te concluderen, dat de reële infectiekans voor verplegenden en verzorgenden bij de huidige stand van tuberculose éénmaal per 10 jaar is. De kans op een weliswaar niet ernstige, maar toch hinderlijke, vaak ontsierende lokale complicatie van de BCG-vaccinatie zelf is thans bepaald groter dan de kans om besmet te worden.

Uit het bovenstaande volgt dat een half-jaarlijkse controle van (para-)medisch personeel door middel van tuberculine-reactie en thoraxfoto de voorkeur verdient boven vaccinatie resp. revaccinatie met BCG. Bij eventuele tuberculine-omslag biedt INH-profylaxe ten minste even goede bescherming tegen de directe gevolgen en beslist meer zekerheid voor het voorkomen van late gevolgen van een besmetting dan een BCG-vaccinatie.

In de „Public health service recommendations on the use of BCG vaccination in the United States” van 1967 (!) wordt reeds geconcludeerd, dat vaccinatie van medisch en niet-medisch personeel en medische studenten niet meer nodig is, o.a. omdat chemo-profylaxe op geleide van tuberculine-omslag meer zekerheid biedt. Volstrekte voorwaarde hierbij blijft een goed sluitend systeem van tuberculine-onderzoek bij verplegenden en verzorgenden en zo mogelijk een routinematig tuberculine-onderzoek bij opname van jongere patiënten en een röntgenthoraxonderzoek vanaf 40-45 jaar.

Voor degenen, die voor langere tijd (meer dan 6 weken) naar gebieden gaan met een hoge tuberculoseprevalentie — en om soortgelijke redenen ook voor kinderen van buitenlanders afkomstig uit dergelijke landen — blijft onverkort een indicatie tot BCG-vaccinatie bestaan. In deze gevallen kan bij afwezigheid van een BCG-litteken of indien na 10-15 jaar de tuberculine-reactie bij herhaling negatief blijft, tot revaccinatie worden besloten.

Literatuur: DAHLSTRØM, G. (1978) *Selected Papers K.N.C.V.* 18, 57. — GULD, J. (1968) *Bull. WHO* 39, 829. — Leading article (1969) *Tubercle* 50, 203. — Public Health Service (1967) *Amer. Rev. resp. Dis.* 95, 524. — SJÖGREN, I. en I. SUTHERLANDS (1975) *Tubercle* 56, 97. — STYBLO, K. en J. MEJER (1976) *Tubercle* 57, 17.

Antibioticum-„rash” of exanthemateuze infectieziekte?

Vraag 15. Kleine kinderen krijgen nogal eens niet op kinderziekten berustende exanthemen tijdens koortssige infectieziekten. Vaak worden deze kinderen wegens de koorts of de rode keel al met antibiotica behandeld (vermoedelijk ten onrechte). Vrij geregeld doet zich nu het volgende probleem voor: na één of enkele dagen antibiotica krijgt het

kind wat „vlekjes”. Denkend aan een allergie laten de meeste artsen dan de antibiotica direct stoppen en als het goed is noteren zij of de moeder „allergie” heeft. Kan men nauwkeuriger vaststellen of er geneesmiddelallergie in het spel is door te letten op het tijdstip van optreden, of de wijze van verspreiding (al of niet diffuus) en verdwijnen direct na het staken resp. tijdens het doorslikken van antibiotica? De benadering: „neem maar aan dat het een antibiotica-allergie is” is kostbaar, want meestal wordt dan voortaan naar veel duurdere antibiotica gegrepen. In de praktijk is het testen met een orale proefdosis, bijv. van penicilline, onder controle van de arts slecht uitvoerbaar.

Antwoord. De vraag betreft de differentiële diagnose tussen een antibioticum-„rash” en een infectieziekte met exantheem bij kinderen. Een nauwkeurige anamnese van reeds doorgemaakte infectieziekten en immunisatie, het begin en de aard van de (prodromale) ziekteverschijnselen, het tijdstip van verschijnen van het exantheem en de veranderingen in plaats van dit exantheem in opeenvolgende consulten zullen ons op het spoor brengen van betrekkelijk gemakkelijk te herkennen infectieziekten zoals roodvonk, mazelen, rubella, erythema infectiosum en exanthema subitum. Zijn de exanthemen niet goed te classificeren in bovenstaande reeks dan bestaat nog de mogelijkheid van een ECHO- of Coxsackievirusinfectie of van mononucleosis infectiosa; de eerstgenoemde twee vereisen virologisch onderzoek voor een etiologische diagnose en de laatste het bestuderen van een bloeduitstrijkje. Ontstaan tijdens een antibioticumkuur exanthemen dan zijn deze vaak niet te onderscheiden van bovenstaande exanthemen want ze kunnen diffuus scarlatiniform, morbilliform en rubelliform zijn, al zijn ze soms wat feller rood en geven ze vaak jeuk. Inderdaad is het dan verstandig het antibioticum te staken, niet te vervangen door een ander en het klinisch verloop af te wachten. Pas na verdwijnen van ziekteverschijnselen en huiduitslag is te overwegen een overgevoeligheidsonderzoek voor het betrokken antibioticum te (laten) verrichten. Wij zijn het met de vraagsteller eens dat voor koorts of rode keel alleen, antibiotica niet geïndiceerd zijn doch dat de observatie nog enige tijd voortgezet moet worden. Dit voorkomt tevens het voorschrijven van andere (veelal dure) antibiotica op grond van weinig gefundeerde indicaties.

INGEZONDEN

Eenzijdige gynaecomastie bij oudere mannen

Gaarne zou ik enige aanvullingen willen geven op het antwoord op vraag 45 (1978).

In de tweede regel wordt gesteld dat de afwijking in enkele maanden weer spontaan kan verdwijnen, terwijl in de laatste alinea een histologisch onderzoek wordt geadviseerd. Zou het dan niet raadzaam zijn, dat de huisarts de patiënt zelf twee maanden onder controle houdt? Een carcinoom blijft tenslotte een zeldzaamheid.

Als aanvulling zou ik willen vermelden dat vele medicamenten (chloorpromazine, fenotiazine, digitalis e.a.) een gynaecomastie kunnen veroorzaken. Ook bepaalde ziekten kunnen met een gynaecomastie gepaard gaan (HAMER 1975).

Literatuur: HAMER, D. B. (1975) *Brit. J. Surg.* 62, 326. — Vraag 45 (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1934.

Rotterdam, december 1978

P. VAN LEEUWEN