

parotidectomie. Uiteraard rechtvaardigt een percentage van 2 geen radiotherapie, immers 98% van de patiënten zou deze behandeling zonder noodzaak moeten ondergaan. De nadelen van de radiotherapie zijn maar al te duidelijk. ARMITSTEAD doet dit af met de zin dat er enige droogte van de mond en deëpithelialisatie van de uitwendige gehoorgang was. Voor de individuele patiënt zijn dit echter zeer hinderlijke, vrijwel permanente klachten terwijl bovendien niet wordt gerept over de vaak heftige tijdelijke bestrahlingsreacties gedurende de behandelingsperiode. Bovendien is een 3 weken durende bestralingsserie op zijn minst belastend te noemen. De kans op inductie van maligne tumoren door deze radiotherapie is weliswaar niet in getal uit te drukken maar is zeer waarschijnlijk niet nul. Omdat het hier om een gemiddeld jonge groep patiënten gaat, is ook te verwachten dat deze patiënten nog tijd van leven hebben om een maligniteit te ontwikkelen.

Onzes inziens is een oppervlakkige, eventueel conservatieve parotidectomie, waarbij eerst de nervus facialis wordt geïdentificeerd, de behandeling van keuze voor elke tumor uitgaande van de glandula parotis. In het geval van een benigne mengtumor zal daarmee vrijwel steeds de behandeling adequaat zijn geweest. In ons instituut zijn ingeval van een benigne mengtumor de enige indicaties voor radiotherapie: na operatie wegens een recidief van een mengtumor, als durante operatione de tumor stuk gaat, of wanneer de nervus facialis slechts met grote moeite uit het kapsel van de tumor vrijgeprepareerd kan worden. In het eerste geval kan radicaliteit van de operatie vrijwel zeker niet worden bereikt en in de beide andere gevallen is sprake van microscopisch tumorspill.

Literatuur: ARMITSTEAD, P. R., F. G. SMIDY en H. G. FRANK (1979) *Brit. J. Surg.* 66, 716. – BOUVY, L. A. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 843. – COEVORDEN, S. J. VAN en W. A. HORRÉE (1973) *Arch. chir. neerl.* 25, 435. – NICHOLS, R. D., P. H. STINE en L. R. BARTSCHI (1979) *Laryngoscope (St. Louis)* 89, 1930. – PATEY, D. H. en W. MOFFAT (1961) *Brit. J. Surg.* 48, 435. – WOODS, J. E., L. H. WEILAND, G. C. CHONG e.a. (1977) *Surg. Clin. N. Amer.* 57, 565.

Amsterdam, juli 1980

F. J. M. HILGERS
P. F. SCHOUWENBURG

De collegae HILGERS en SCHOUWENBURG lijken grote bedenkingen te hebben tegen ARMITSTEAD's behandelingsmethode voor parotismenggezwellen en de waarde die de referent hieraan zou hechten. Naar mijn idee signaleert een referent slechts en stelt hij zich beslist niet noodzakelijkerwijs achter het door hem gerefereerde artikel. Overigens worden in de regio Utrecht de voorgestelde enucleatie en nabestraling veelvuldig toegepast. De suggestie dat deze behandeling uit 1961 zou stammen en inmiddels obsoleet is, is ook niet in overeenstemming met recente literatuur. SNOW (1979) vermeldt dat in de Engelse literatuur de enucleatie met nabestraling wordt gepropageerd, al kan SNOW zich daar zelf niet achter stellen.

Wanneer we echter het door HILGERS en SCHOUWENBURG aangehaalde artikel van hun collegae uit het Antoni van Leeuwenhoekhuis (VAN COEVORDEN en HORRÉE 1973) nasaan, blijkt dat de 70 daar verrichte opeenvolgende oppervlakkige parotidectomieën voor benigne tumoren 44 maal voor een benigne mengtumor geschieden. Van deze 44 werden er om diverse redenen 21 nabestraald met 4000 R in 3 weken. Dit zet wel wat vraagtekens bij de bewering dat bij hen een oppervlakkige resp. totale parotidectomie vrijwel steeds een adequate behandeling was!

Hoewel ik HILGERS en SCHOUWENBURG erkentelijk ben voor de aanvullingen bij mijn referaat geven zij nu zelf door onvolledige aanhalingen geen juist beeld van zaken, waardoor een grotere behandelingsdiscrepancie wordt gesuggereerd dan in de praktijk blijkt te bestaan!

Literatuur: COEVORDEN, S. J. VAN en W. A. HORRÉE (1973) *Arch. chir. neerl.* 25, 435. – SNOW, G. B. (1979) *Clin. Otolaryngol.* 4, 457.

Amersfoort, september 1980

L. A. BOUVY

De immunofluorescentietest bij urineweginfectie

In het artikel van BEEUWKES e.a. (1980) wordt met behulp van de „antibodycoated bacteria“-test (ACB-test) op urinesedimenten van catheter- of midstreamurine een onderscheid gemaakt tussen bacteriën die bedekt zijn met antistoffen (positieve fluorescentie) en bacteriën die dat niet zijn (negatieve fluorescentie). De conclusie van de schrijvers is dat de ACB-test een differentiatie kan geven tussen pyelonephritis, cystitis en prostatitis mits er geen contaminatie van de urine met faecale of vaginale flora heeft plaatsgevonden en bacteriële nagroei is voorkomen.

In 1979 heb ik in het Laboratorium voor Medische Microbiologie van het Binnengasthuis (dr. P. J. G. M. RIETSTRA, prof. dr. H. C. ZANEN) deze test toegepast op 54 midstream-urinemonsters van 30 kinderen en 24 volwassenen met pyelonephritis of cystitis. De criteria op grond waarvan de diagnose pyelonephritis of cystitis werd gesteld kwamen overeen met de door BEEUWKES e.a. gebruikte klinische beoordeling. Alleen urinesedimenten met meer dan 10^5 bacteriën per ml, waarvan het Gram-preparaat en de kweek duidelijk op een urineweginfectie wezen, werden voor de ACB-test gebruikt. De uitvoering van de test verschilde met die van THOMAS e.a. (1974) in twee opzichten: 1. er werd na het twee keer wassen van het met fluorescerend antiserum geïncubeerd sediment meteen een nat dekglas-preparaat gemaakt waardoor de fluorescentie gemakkelijker en betrouwbaarder te beoordelen was; 2. de test werd positief genoemd als alle bacteriën duidelijk een fluorescentie met intensiteit „+“ of hoger hadden (intensiteitsschaal van 0, +, ++ tot +++). De klinische diagnose was tevoren niet bekend.

De resultaten staan vermeld in de tabel. De nosologische sensitiviteit (% patiënten met een pyelonephritis die een positieve fluorescentie hebben) van de ACB-test is bij kinderen 63% en bij volwassenen 100%. De specificiteit (% patiënten met een cystitis die een negatieve fluorescentie hebben) bedraagt voor kinderen 68% en voor volwassenen 53%. Deze resultaten komen overeen met het literatuuronderzoek van MUNDT en POLK (1979), die voor de ACB-test een specificiteit van 76,7% en een gevoeligheid van 83,1% berekenden op basis van onderzoeken waarin de urineweginfectie door middel van uretercatheterisatie of uitwassen van de blaas gelokaliseerd werd. De geringe gevoeligheid van de test bij kinderen verklaart PYLKKÄNEN (1978) met de trage primaire immunologische respons, omdat bij kinderen met langer bestaande symptomen de test vaker positief was dan bij een reeds in een vroeg stadium ontdekte pyelonephritis. In experimenteel opgewekte pyelonephritis in ratten duurt het minstens 11 dagen voor de ACB-test positief is (SMITH e.a. 1979).

Sinds THOMAS e.a. (1974) de ACB-test voor het eerst

RESULTATEN ACB-TEST

Klinische diagnose	Aantal patiënten			Gemiddelde leeftijden	Fluorescentie	
	M.	V.	Totaal		Positief	Negatief
<i>Volwassenen</i>						
Pyelonephritis	2	7	9	62,6 jr. (35-76)	9	0
Cystitis	6	9	15	68,6 jr. (25-90)	7	8
<i>Kinderen</i>						
Pyelonephritis	2	6	8	63 mnd. (7-182)	5	3
Cystitis	4	18	22	56,7 mnd. (7-137)	7	15

gebruikten om pyelonephritis van cystitis te differentiëren, zijn er verscheidene tegenstrijdige publikaties over deze techniek verschenen. De criteria voor het positief beoordelen van de ACB-test varieerden van „meer dan 2 fluorescerende bacteriën in 200 gezichtsvelden” tot „meer dan 25% fluorescerende bacteriën” (MUNDT en POLK 1979). Bovendien kunnen belangrijke verschillen bestaan in de beoordeling van hetzelfde preparaat door verschillende onafhankelijke onderzoekers (SCHABERG e.a. 1977). Fout-positieve fluorescentie kan ontstaan door contaminatie van de urine met vaginale of faecale flora (MONTPLAISIR e.a. 1977), door proteïnurie (BRAUDE en BLOCK 1977), door asymptomatische prostatitis, door aspecifieke fluorescentie en door invasieve blaasontstekingen (RIEDASCH e.a. 1978). Fout-negatieve resultaten kunnen ontstaan door een trage immunologische respons (PYLKKÄNEN 1978), door therapie-effecten of door deling van met antistoffen bedekte bacteriën (RUMANS en VOSTI 1977). De toevoeging van chlooramfenicol door BEEUWKES e.a. (1980) geeft wel een verbetering van de onderzoekresultaten, maar deze is niet van dien aard dat hiermee de discrepantie in gevoeligheid en specificiteit ten opzichte van ons onderzoek en de eerder genoemde onderzoeken uit de literatuur verklaard worden. Ondanks het gedeeltelijk vermijden van bovengenoemde problemen door BEEUWKES e.a. en de door hen gevonden gunstige resultaten lijkt de ACB-test niet geschikt om lage en hoge urineweginfecties te differentiëren.

Literatuur: BEEUWKES, H., H. R. DE VRIES en G. L. M. BOONSTRA (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 999. – BRAUDE, R. en C. BLOCK (1977) *New Engl. J. Med.* 297, 617. – JONES, S. R. (1974) *New Engl. J. Med.* 291, 365. – MONTPLAISIR, S., C. COURTEAU en A. J. ROCHE (1977) *New Engl. J. Med.* 296, 758. – MUNDT, K. A. en B. F. POLK (1979) *Lancet II*, 1172. – PYLKKÄNEN, J. (1978) *Acta paediat. (Uppsala)* 67, 275. – RIEDASCH, G., E. RITZ, K. MOHRING e.a. (1978) *J. clin. Nephrol.* 10, 239. – RUMANS, L. en K. VOSTI (1977) *J. Amer. med. Ass.* 237, 531. – SCHABERG, D. R., R. W. HALEY, P. M. TERRY e.a. (1977) *J. clin. Microbiol.* 6, 359. – SMITH, J. W., S. R. JONES en B. KAYSER (1977) *J. infect. Dis.* 135, 577. – THOMAS, V. L., A. SHELOKOV en M. FORLAND (1974) *New Engl. J. Med.* 290, 588.

Amsterdam, juli 1980

E. KUIJPER

Waarom schrijft collega KUIJPER niet over de onbetrouwbaarheid van de test? Dit is toch de teneur van het betoog! Aangezien de aflezing en de uitvoering van de methode bij de verschillende onderzoekers nog niet uniform zijn, kan men de uitkomsten niet met elkaar vergelijken. U stelt dat een test door u positief wordt genoemd als alle bacteriën

een fluorescentie vertonen met „+” of hoger. Hoe kunt u schrijven „alle bacteriën” wanneer men de niet-fluorescerende microben niet kan waarnemen in het preparaat. Was het aantal bacteriën per preparaat bekend? Heeft u met een telkamer het aantal kiemen bepaald en een afgemeten hoeveelheid sediment onderzocht? Hoe kunt u de intensiteit van de fluorescentie aan een microbe meten? U schrijft immers „intensiteitsschaal van 0, +, ++, +++”. Is dit niet subjectief en heeft een dergelijke schaal wel zin, gezien de moeilijke waarneming van deze verschillen door de fluorescentiemicroscopie?

Het door u onderzochte aantal volwassenen (24) laat onze inziens slechts een oriëntatie toe. Het is bekend, dat de klinische diagnose niet altijd zeker is. Wij hebben geen ervaring met kinderen, maar wij weten dat bij patiëntjes van 7 maanden het opvangen van urine notoïr moeilijk is wegens contaminatie en nagroei, als de urine niet door suprapubische punctie wordt verkregen.

Voorts zij hier vermeld dat wij in ons stuk geschreven hebben: „Wij zijn van mening, dat de fluorescentietest van het urinesediment een steun kan betekenen voor de diagnostiek van urineweginfecties”. U trekt als conclusie: „... lijkt de ACB-test niet geschikt om lage en hoge urineweginfecties te differentiëren”, waarmee u verder gaat dan wij, en u laat zich verleiden tot het gebruik van het bekende of wel beruchte woordje „lijkt”. Tenslotte negeert u onze gunstige resultaten volledig, hoewel deze overeenkomen met die van bekende auteurs, doch uw eigen visie niet ondersteunen. Resumerend vinden wij, dat uw conclusie, gezien de stand van de tot nu toe toegepaste methoden, onjuist is.

Kerkrade, september 1980

H. BEEUWKES
H. R. DE VRIES
G. BOONSTRA

Het voorkomen van *Propionibacterium acnes* in bloed en liquor van neurochirurgische patiënten

Naar aanleiding van het artikel van de collegae LIM, AVEZAAT en MICHEL (1980) lijkt het mij nuttig op te merken dat men uit het desbetreffende artikel zou kunnen opmaken, dat *P. acnes* over het algemeen gevoelig is voor penicilline. Dat is echter niet het geval. Zie ondermeer het artikel van VAN SCOY e.a. (1977). Daarin wordt vancomycine aanbevolen naar aanleiding van drie patiënten met een bacteriële endocarditis door *P. acnes* bij een kleprothese.