

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 notoir 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.

Ook in de dermatologie, waar de *P. acnes* een rol speelt bij inflammatoire acne welke men met antibiotica kan pogen te beïnvloeden, geldt penicilline als ineffectief middel voor acne, zij het mogelijk op andere gronden dan in vivo-resistentie tegen penicilline van *P. acnes* in de talgklier (Ad hoc committee 1975).

*Literatuur:* Ad hoc committee on the use of antibiotics in dermatology (1975) *Arch. Derm.* 111, 1630. – LIM, B. T., C. J. AVEZAAT en M. F. MICHEL (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 628. – SCOY, R. E. VAN, S. N. COHEN, J. E. GERACI e.a. (1977) *Proc. Mayo Clin.* 52, 216.

Amsterdam, augustus 1980 P. C. VAN VOORST VADER

Op de opmerkingen van collega VAN VOORST VADER over ons artikel zouden wij als volgt willen reageren. De 10 door ons geïsoleerde stammen *P. acnes* bleken alle goed gevoelig te zijn voor penicilline. Dit resultaat komt overeen met de waarnemingen van MARTIN e.a. (1972) en TALLEY e.a. (1975). Klinisch reageerden onze patiënten goed op de ingestelde penicillinetherapie. Aangezien het in de bacteriologie gebruikelijk is om gevoeligheidsbepalingen te verrichten van bacteriestammen met potentieel pathogene betekenis die uit de liquorcerebrospinalis worden geïsoleerd, hadden we niet het idee dat onze resultaten aanleiding zouden kunnen geven tot de gedachte dat men in soortgelijke gevallen een blinde behandeling met penicilline zou mogen instellen.

Het artikel van VAN SCOY e.a. (1977) is niet helemaal relevant voor de hier gevoerde discussie. De auteurs maken

nl. melding van bacteriële endocarditis bij 3 patiënten met klepprothesen door coryneforme bacteriën. Deze worden door VAN VOORST VADER ten onrechte gelijkgesteld met *P. acnes*. Zoals bekend wordt *Corynebacterium* immers verdeeld in aërobe en anaërobe vormen. De anaërobe vorm, ook wel *Propionibacterium acnes* genoemd, kan worden onderverdeeld in ten minste 10 species waaronder: *P. acnes*, *P. granulosum*, *P. jensenii*, *P. avidum* (HOLDEMAN en MOORE 1977). Omdat slechts een fractie van de coryneforme bacteriën de naam *P. acnes* verdient, is het lang niet zeker dat de niet gedetermineerde endocarditisverwekkers die door VAN SCOY e.a. (1977) worden besproken inderdaad tot de soort *P. acnes* behoorden.

De etiologie en pathogenese van acne vulgaris zijn zeer complex. In vitro is *P. acnes* in het algemeen gevoelig voor penicilline, erytromycine en tetracycline. Penicilline is weliswaar niet werkzaam bij de behandeling van acne, maar zoals door inzender zelf wordt gesuggereerd, hoeft dit geenszins een gevolg te zijn van ongevoeligheid van *P. acnes* voor dit middel.

*Literatuur:* HOLDEMAN, L. V. en W. E. C. MOORE (1977) *Anaerobic laboratory manual*. 3e druk. Virginia Polytechnic Institute, V.S. – MARTIN, M. GARDNER en J. A. WASHINGTON II (1972) *Antimicrob. Agents Chemother.* 1, 148. – TALLY, F. P., N. V. JACOBUS, J. G. BARTLETT e.a. (1975) *Antimicrob. Agents Chemother.* 7, 128.

Rotterdam, september 1980

B. T. LIM  
C. J. J. AVEZAAT  
M. F. MICHEL

## BERICHTEN

### Buitenland

#### NEPAL

*Bestrijding blindheid in Nepal.* – In Nepal, waar 13 miljoen mensen wonen, is 2% van de bevolking blind. Men schat dat driekwart van de gevallen voorkomen had kunnen worden door preventieve maatregelen en tijdige behandeling van de aan de blindheid ten grondslag liggende ziekten.

Nepal is een van de minst ontwikkelde landen waarvan de bevolking, die voor 95% op het platteland woont, een gemiddeld jaarinkomen heeft van f 100,-. De geneeskundige verzorging schiet tekort. Per jaar worden 6000 cataract-operaties verricht terwijl men 200.000 wachtenden telt. De belangrijkste oorzaken van blindheid zijn trachoom, xeroftalmie door gebrek aan vitamine A, cataract en trauma.

Met financiële hulp van de Nederlandse regering is in het kader van de „primary health care approach” van de Wereldgezondheidsorganisatie (Alma Ata conferentie 1978) een hulpprogramma opgesteld. Men wil de prevalentie en geografische verspreiding van de oorzaken van blindheid vaststellen en personeel opleiden voor plaatselijke gezondheidscentra. In de meest getroffen gebieden wil men voorlichting geven aan de bevolking. Aan de districtsdienszen zullen geneesmiddelen en instrumenten ter beschikking worden gesteld. Het project staat onder leiding van dr. NICOLE GRASSET, die het hoofd was van het pokkeneradi-

catieprogramma van de Wereldgezondheidsorganisatie in Zuidoost-Afrika. Het team dat onder hem zal werken kan profiteren van zijn ervaring bij pokkeneradicatie. Men vertrouwt erop dat ook dit programma tot een goed einde zal worden gebracht en niet pas in de verre toekomst maar binnen 5 jaar. (*WHO Features*, september 1980).

#### SOVJETUNIE

*Schaarste aan plattelandsdokters.* – In een brief uit de Sovjetunie beschrijft MICHAEL RYAN de moeilijkheden waarmee men in de Sovjetunie kampt om het platteland van voldoende artsen te voorzien. (*Brit. med. J.* (1980) 281, 600.)

In de Sovjetunie besluit de arts zijn medische studie met de „eed van een dokter van de Sovjetunie”. Dit houdt onder andere in, de belofte van plichtsgetrouw te werken op de plaats die het maatschappelijk belang dient. Hoewel de eed dit niet met zoveel woorden zegt, betekent dit in feite dat een groot deel van de pas afgestudeerden voor een periode van drie jaar een vestigingsplaats op het platteland krijgt aangewezen. Het platteland is echter voor veel artsen weinig aantrekkelijk ondanks hoge beloning, betere promotiekansen, vroegere pensionering en de misprijzende openbare kritiek op de plattelandverlaters. In 1965 beschikte 14,4% van de sectorziekenhuizen en poliklinieken niet over artsen. Vrouwelijke artsen, de meerderheid in de Sovjetunie, behoeven de aanwijzing niet te volgen indien zij trouwen, behalve wanneer de echtgenoot