

gebied onder het oog wordt echter minder vaak waargenomen, terwijl het feit dat een worm binnen drie weken 2 keer de omgeving van hetzelfde oog passeert, zeker ongewoon is (ZUIDEMA, persoonlijke mededeling 1980). WETSTEYN vond bij 74 van haar 83 patiënten de ook bij onze patiënt op de voorgrond staande Calabar-zwellingen. Hypereosinofilie ($\geq 30\%$ eosinofiele cellen) bestond bij 40% van de patiënten. Het samengaan van een Loa-infectie met een *D. perstans*-infectie werd bij 21 patiënten gezien, terwijl het niet kunnen aantonen van Loa-microfilarieën in het bloed eerder regel dan uitzondering was.

De beschreven ziektegeschiedenis toont aan hoe grillig en onvoorspelbaar het natuurlijke verloop van

loiasis kan zijn. Na de wormextractie bleef een matige eosinofilie (12%) voortbestaan; waarschijnlijk herbergt de patiënt dus nog meer volwassen *Loa loa*-wormen. Een kuur met diëthylcarbazine (Hetrazan) is dan ook alsnog voorgeschreven.

LITERATUUR

- MANSON-BAHR, P. H. (1968) In: *Mansons tropical diseases*. Bailliere, Tindall & Cassell, Londen.
WETSTEYN, J. C. F. M. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1937.
ZUIDEMA, P. J. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1409.

September 1980

VRAAG EN ANTWOORD

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

Ampicilline-exantheem of penicilline-allergie?

Vraag 4. Hoe kan de huisarts de ampicilline-rash onderscheiden van een echte penicilline-allergie?

Antwoord. Deze vraag is van groot praktisch belang en het is daarom verheugend dat een uitvoerig en gedetailleerd antwoord te vinden is in de laatste (3e) druk van het leerboek van KUCERS en BENNETT (1979), ondersteund door ruim dertig literatuurverwijzingen. De kernpunten van dit literatuuroverzicht zijn: (1) Een patiënt die allergisch is voor penicilline G zal dat ook voor ampicilline zijn, zodat ampicilline (en haar esters, zoals amoxycilline, pivampicilline en bacampicilline) in dit geval alléén onder streng omschreven voorwaarden kan worden gegeven. (2) Ampicilline-exanthemen komen ca. 3 x zo vaak voor als exanthemen t.g.v. andere penicillinen. (3) De frequentie van het ampicilline-exantheem is afhankelijk van de dosis, van de serumconcentratie (nierinsufficiëntie!) en van de onderliggende ziekte (20% bij *Salmonella*-infecties, 65 tot 95% bij mononucleosis infectiosa – bij welke ziekte ampicilline vaak ten onrechte wordt voorgeschreven wegens de begeleidende angina). De kans op het ontstaan van een exantheem is groter bij virale dan bij bacteriële infecties. (4) Het ampicilline-exantheem is anders dan het typische penicilline-exantheem. Het is meer maculair, en de huidlesies gelijken op die van mazelen of rubella. Het ontstaat eerder, na 4 of 5 dagen, zonder andere tekenen van allergie, en kan geheel verdwijnen ondanks voortzetting van de behandeling met ampicilline. Een huidtest op ampicilline-overgevoeligheid is meestal negatief. De genese is eerder toxisch dan allergisch. (5) De overgevoeligheid voor ampicilline hangt niet af van eventuele verontreiniging met eiwitten, maar is specifiek voor ampicilline. Ampicilline kan echter in oplossing gemakkelijk polymeriseren; de exantheem-frequentie kan gedrukt

worden door toepassing van (nog experimenteel) polymeervrije ampicilline. (6) Een ampicilline-exantheem vormt géén absolute contra-indicatie voor een latere toepassing van andere penicillinen, en vermoedelijk ook niet van ampicilline zelf. (7) Ampicilline kan ook een echte penicilline-allergie (anafylaxie, urticaria, koorts) veroorzaken, doch de frequentie daarvan ligt niet hoger dan bij andere penicillinen.

Literatuur: KUCERS, A. en N. M. BENNETT (1979) *The use of antibiotics*. Heinemann, Londen.

Ongelijke pupilgrootte bij de zuigeling

Vraag 5. Wat zijn de oorzaken van anisokorie bij een zuigeling? Wanneer is verwijzing naar een specialist (welke?) noodzakelijk?

Antwoord. Anisokorie, of wel ongelijke grootte van de pupil, komt in geringe mate bij ongeveer 20% van de populatie voor zonder duidelijke oorzaak („essentiële anisokorie”). Vooral wanneer het verschil in pupilgrootte gelijk blijft bij wisselende belichting, heeft de anisokorie geen pathologische betekenis. Indien de anisokorie toe- of afneemt, afhankelijk van de belichting, heeft dit wel pathologische betekenis. Daarbij moet men zich afvragen welk oog dan gestoord is. In het algemeen kan men stellen dat wanneer de ongelijkheid het sterkst is in een hel verlichte omgeving, het wijde oog onvoldoende reageert, terwijl wanneer de afwijking het meest opvalt in een sterk verlichte ruimte de kleine pupil niet voldoende wijder kan worden.

Is er pathologische anisokorie bij een zuigeling dan moet de vraag worden beantwoord of de afwijking al bij de geboorte bestond of pas later duidelijk is geworden. In het eerste geval zal men eerder aan congenitale afwijkingen moeten denken, in het laatste geval meer aan verworven aandoeningen.