

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Granulomatose van Wegener

Het is jammer dat VAN RIJTHOVEN en GOEI THE (1982) in hun publikatie over de ziekte van Wegener bij hun diagnostische overwegingen niet gerept hebben van het syndroom van Caplan (CAPLAN 1958), althans voor wat betreft patiënt C. Het syndroom van Caplan komt weinig voor en wordt uitsluitend gezien bij lijders aan silicose. De foto van patiënt C is zeer verdacht voor dit syndroom, dat in Duitsland met de naam van „Rundherde” wordt betiteld en ten onzent met de naam van silicoreuma. De proef van Rose pleegt positief te zijn. Bij pathologisch-anatomisch onderzoek vindt men silicotische fibrosehaarden met fibrinoïde neerslagen en een zoom van lymfocyten, maar nimmer vasculitis en ook geen epitheloïde cellen in palissadestand, gelijk zulks bij reuma het geval pleegt te zijn. Wij hebben in het verleden enige tientallen gevallen gezien en er met SNOEK en RAAB (1965) over geschreven. Indien ik gelijk mocht hebben, dan behoren de auteurs vermoedelijk tot de zeer weinigen die een combinatie van het syndroom van Caplan en de ziekte van Wegener hebben gezien. Als de thoraxfoto van patiënt C stationair blijft, pleit dit voor Caplanhaarden. De etiologie van beide ziekten wordt er, althans voor mij, niet duidelijker op. Caplanhaarden gaan doorgaans, maar niet altijd, gepaard met reuma.

Literatuur: CAPLAN, A. (1958) *Trans. Ass. industr. med. Offrs* 8, 6. – RIJTHOVEN, A. VAN en H. GOEI THE (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1720. – SNOEK, W., TH. RAAB en A. APPELMAN (1965) *Ned. T. Geneesk.* 109, 11.

Heerlen, september 1982

A.C. APPELMAN

Collega Appelman noemt terecht het syndroom van Caplan. In eerste instantie hebben wij bij patiënt C deze diagnose ook overwogen. Het komt namelijk bij mijnwerkers voor dat van het syndroom van Caplan eerst de typische nodulaire longafwijkingen aantoonbaar zijn en pas later de gewrichtsverschijnselen. De reumafactoren in het serum waren bij herhaling negatief en evenmin was er sprake van een bij het syndroom van Caplan voorkomende reumatoïde (poly-)arthritis. De gewrichtsverschijnselen bij deze patiënt bestonden uit vluchtige verspringende synovitiden met arralgieën kenmerkend voor een vasculitisyndroom. Bovendien bleef het beeld op de thoraxfoto niet stationair. Na behandeling verdwenen de nodulaire holtevormende longinfiltraten evenals de gewrichtsverschijnselen.

Eindhoven,
Heerlen, september 1982

A.W.A.M. VAN RIJTHOVEN
H.S. GOEI THE

Tuberculose van de larynx in Tanzania

MANNI (1982) beschrijft het voorkomen van larynxtuberculose in Tanzania. In het artikel zitten een paar onduidelijkheden en een overdreven aanbeveling aan de WHO.

I. Manni schat het voorkomen van laryngitis tuberculosa in Tanzania. Hij baseert zijn cijfers op de gegevens van Muhimbili Centre te Dar es Salaam. Zijn deze cijfers niet

sterk vertekend: waarom werden deze patiënten opgenomen? Ernstig ziek? Te ver weg wonend voor poliklinische behandeling? Of worden alle nieuwe patiënten klinisch ingesteld? Telt hier ook niet de aanwezigheid van specialisten en de functie van het Medical Centre als „referral hospital”? Laryngitis tuberculosa komt inderdaad regelmatig voor, maar een schatting van 35% lijkt te hoog als deze gebaseerd wordt op de cijfers van dit bijzondere ziekenhuis.

2. De auteur stelt, dat in zijn materiaal, in tegenstelling tot de klassieke beschrijving, meer vrouwen dan mannen aan de ziekte lijden. Dit is niet in overeenstemming met fig. 2 (M=33, F=26). In zijn artikel over hetzelfde onderwerp in *Trop. geogr. Med.* (1982) stelt hij terecht: „in the present study an equal sexdistribution was recorded”.

3. De verklaring dat de regio interarytenoïdea bij vrouwen vaker is aangetast doordat deze zo laat arriveren dat zij algeheel verzwakt en bedlegerig zijn, is in strijd met zijn uitgangspunt dat alleen ambulante patiënten in het onderzoek waren betrokken.

4. De aanbeveling aan het WHO-committee om tuberculose om indirecte laryngoscopie aan routine-onderzoek naar tuberculose toe te voegen is overdreven. De prioriteit moet liggen bij het vinden van besmettelijke patiënten, en die moeten worden opgespoord via onderzoek van sputum, verzameld en onderzocht door medical auxiliaries. De diagnose kan worden gesteld en behandeling kan worden geadviseerd zonder dat de patiënt door een arts wordt gezien. De kans dat hierdoor een larynxcarcinoom, of nog zeldzamer, een combinatie van larynxcarcinoom en tuberculose wordt gemist is op bijv. de geschatte 15.000 tuberculosepatiënten in Tanzania van geen belang.

De geïnteresseerde arts doet er beter aan zijn energie te steken in het moeilijke probleem van „case holding”. Het vinden van patiënten is relatief eenvoudig, de behandeling tot een goed einde brengen is vaak zeer moeizaam (Varkenvisser, ongepubliceerde mededeling).

5. De auteur stelt voor dat uit preventieve overwegingen klinische behandeling kan worden ingesteld. Dit is onjuist. Het opnemen van patiënten in sanatoria of „tb wards” heeft stigmatiserend gewerkt in de westerse wereld en doet dit thans nog in ontwikkelingslanden. Het sociale stigma moet worden beschouwd als een belangrijke hinderpaal bij een tuberculose-bestrijdingscampagne. Poliklinische behandeling zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de patiënt via „village health workers” dient absolute prioriteit te hebben.

Literatuur: MANNI, J.J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1583; (1982) *Trop. geogr. Med.* 34, 159.

Tynaarlo, september 1982

J. VEEN