

derhalve leiden tot verschillende percentages immunoglobulinen bevattende cellen. Onzes inziens is de door Dekker et al. gebruikte methode niet geschikt, genoeg om de door hen getrokken conclusies te onderbouwen.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Dekker W, Walinga H, Balk T, Tytgat GNJ. Chronische varioliforme erosies van de maag; een onderzoek naar de etiologie. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 240-4.
- <sup>2</sup> Spreeuwel JP van, Lindeman J, Wal AM van der, Waterman I, Kreuning J, Meijer CJLM. Morphological and immunohistochemical findings in upper gastrointestinal biopsies of patients with Crohn's disease of the ileum and colon. J Clin Pathol 1982; 35: 934-40.
- <sup>3</sup> Crabbé PA, Heremans JF. The distribution of immunoglobulin-containing cells along the human gastrointestinal tract. Gastroenterology 1966; 51: 305.
- <sup>4</sup> Brantzaeg P, Baklien K. Immunoglobulin-producing cells in the intestine in health and disease. Clin Gastroenterol 1976; 5: 251-69.
- <sup>5</sup> Brantzaeg P, Baklien K, Fausa O, Hoel PS. Immunohistochemical characterization of local immunoglobulin formation in ulcerative colitis. Gastroenterology 1974; 66: 1123-36.
- <sup>6</sup> Rosekrans PCM, Meijer CJLM, Wal AM van der, Cornelisse CJ, Lindeman J. Immunoglobulin containing cells in inflammatory bowel disease of the colon (a morphometric and immunohistochemical study). Gut 1980; 21: 941-7.

Delft, februari 1983

J.P. VAN SPREEUWEL  
J. LINDEMAN  
C.J.L.M. MEIJER

Wij danken de collegae Van Spreeuwel, Lindeman en Meijer voor hun commentaar op de door ons gebruikte methode van bepaling van het percentage immunoglobulinen producerende cellen in de maagmucosa. Toch geven zij ons aanleiding tot een aantal opmerkingen. De gememoreerde verschillen in gemiddelde percentages in ons onderzoek en die in de literatuur zullen onzes inziens waarschijnlijk niet samenhangen met de onderzochte representatieve gebieden. Daarom zullen wij verduidelijken wat wij hebben bedoeld met de term representatieve gebieden. Van het ingevroren maagslijmvlies, hetzij lisbiopten, hetzij forcepsbiopten is altijd eerst in vriescoupe een hematoxylineeosinekleuring gemaakt voor lichtmicroscopische beoordeling en ter oriëntatie. Daarna zijn van de diverse biopten 2 µm dikke seriecoupes gesneden, die in serie zijn geïncubeerd met de 5 antisera, waaraan toegevoegd een negatieve controle. Ook in de zeer zwakke achtergrondkleur bij fluorescentie-onderzoek is het mogelijk zich in het maagbiopt te oriënteren, zeker wanneer het lichtmicroscopische beeld bekend is. Bij de telling van de diverse immunoglobulinen producerende plasmacellen zijn de rechthoekige gebieden in het oculair steeds zo gekozen dat deze in de achtereenvolgende seriecoupes ongeveer overeenkwamen, zoals ook in het commentaar wordt aangegeven. Er is dus steeds naar gestreefd om de immunoglobulinen producerende plasmacellen te tellen in dezelfde representatieve gebieden, d.w.z. bij de gebieden met varioliforme erosies met histologische kenmerken van de erosie. Daar wij niet het absolute aantal fluorescerende cellen bij de verschillende patiëntengroepen wilden tellen, maar uitsluitend de procentuele verdeling van de verschillende immunoglobulinen producerende plasmacellen in het infiltraat hebben onderzocht, is het uitdrukken van het aantal fluorescerende cellen per lengte-eenheid muscularis mucosae onzes inziens niet relevant. Wel is van belang dat een voldoende aantal fluorescerende cellen wordt geteld. Daar zowel bij de varioliforme erosies als bij de chronische, niet-specifieke ontstekingen meer plasmacellen per oppervlakte-eenheid aanwezig waren dan bij de normale controlepersonen, hebben wij om aan een voldoende aantal fluorescerende

plasmacellen te komen (100 tot 300) in de beide eerste groepen geteld met een objectief 40 ×, en bij de controles met een objectief 25 ×. Zoals blijkt uit onze resultaten waren er geen significante verschillen in het percentage immunoglobulinen producerende cellen bij vergelijking van de onderzochte patiëntengroepen met elkaar.

Haarlem, maart 1983

W. DEKKER  
H. WALINGA  
T. BALK  
G.N.J. TYTGAT

### *Van chronische naar terminale nierinsufficiëntie: een onvermijdelijke sequentie?*

In de discussie over de waarde van vroeg ingestelde eiwitbeperking bij patiënten met nierinsufficiëntie<sup>1,2</sup> komen drie punten aan de orde die om nader commentaar vragen:

1. Er zijn ongetwijfeld sterke aanwijzingen dat behandeling met een eiwit- en fosfaatbeperkt dieet van invloed kan zijn op het beloop van de ziekte. Zoals Donker al heeft aangegeven, wordt de snelheid van progressie van de nierziekte echter ook bepaald door andere factoren, waaronder hypertensie en de aard van het grondlijden. Het advies om alle patiënten met nierinsufficiëntie in een vroeg stadium met eiwitbeperking te behandelen is daarom enigszins ongenueanceerd. Alleen als men enige zekerheid heeft dat de andere genoemde factoren een ondergeschikte rol spelen bij de progressie, zou men tot een dergelijke maatregel kunnen besluiten. Wij zijn het met Jordans eens dat ook bij deskundige begeleiding een dieet met 0,6 g/kg eiwit per dag een ingrijpende maatregel is. Voor een volwassene van 70 kg zou zo'n dieet bijvoorbeeld de volgende eiwithoudende producten mogen bevatten: 100 g vlees (20 g eiwit), 1 aardappel en 100 g groenten (3 g eiwit), 4 sneden brood (8 g eiwit), en 30 g rookvlees (10 g eiwit). Andere eiwitrijke producten zoals melk, kaas en eieren zijn dan verboden. Zo'n strenge dieetbeperking moet inderdaad gebaseerd zijn op een zorgvuldige en op elke patiënt afzonderlijk afgestemde „kosten-batenanalyse”.

2. De opvatting van Jordans dat bij de vaststelling van een optimale hoeveelheid eiwit in het dieet rekening gehouden moet worden met het eiwitverlies door de nier berust op een misverstand dat men ook wel in de literatuur vindt. Het heeft zelfs geleid tot het advies om per 4 g proteïnurie 10 gram extra eiwit aan het dieet toe te voegen.<sup>3</sup> Daarbij veronderstelt men door grotere eiwitopneming het eiwitgehalte in het bloed te kunnen verhogen. Dit geldt alleen in het extreme geval dat de dagelijkse netto-eiwitopneming lager is dan de minimale hoeveelheid nodig om de stikstofbalans te handhaven (0,3 g/kg). Daarboven is zo'n directe relatie theoretisch onwaarschijnlijk omdat bij een normaal katabolisme het eiwitgehalte wordt bepaald door de synthesesnelheid van endogeen eiwit en niet door de opneming van exogeen eiwit. Het probleem spitst zich dus toe op de vraag of er klinische aanwijzingen zijn dat de eiwit synthese toeneemt als men meer eiwit toedient. Het weinige onderzoek dat hierover is verricht, geeft geen steun aan deze opvatting.<sup>4,5</sup> Zoals Donker in zijn artikel ook al opmerkte, nam wel de proteïnurie toe tijdens de observatieperiode. Deze toeneming kan in het licht van de huidige theorieën verklaard worden uit glomerulaire hyperfiltratie onder invloed van de verhoogde eiwitbelasting. Al met al zijn er onvoldoende argumenten om aan patiënten met

nierinsufficiëntie en sterke proteinurie extra eiwit voor te schrijven.

3. Donker wijst in zijn antwoord aan Jordans op een na-onderzoek van nierdonors, waarbij een langzaam progressief syndroom van hypertensie, afnemende glomerulaire filtratie en proteïnurie werd vastgesteld. Wat de nierinsufficiëntie betreft toonden de onderzoekers echter slechts aan dat het serumcreatinine vóór de unilaterale nefrectomie lager was dan erna. Deze bevinding zal niemand verbazen. Men krijgt de indruk dat nogal wankele gegevens ten onrechte in het strijdperk worden geworpen door al te enthousiaste supporters van de zg. overbelastings-nefropathie. Zij zijn echter in strijd met de uitkomsten van langdurig na-onderzoek in het verleden.<sup>6,9</sup> Ook wij vonden onlangs bij na-onderzoek van 29 donors die 5 maanden tot 15 jaar tevoren een unilaterale nefrectomie hadden ondergaan, dat geen van hen hypertensie had of progressieve nierfunctiestoornissen. Weliswaar hadden enkelen een geringe proteïnurie, maar dit is niet verwonderlijk gezien de hyperfiltratie die ongetwijfeld in de resterende nier ontstaat. Bij volwassenen met gezonde nieren zijn er geen aanwijzingen voor dat zo'n ingreep leidt tot focale glomerulosclerose. In dit verband verwijzen wij naar het onderzoek van Kiproff et al. bij 10 patiënten die als volwassene eenzijdige nefrectomie hadden ondergaan en die 8 tot 46 jaar later overleden. Bij obductie werd geen enkel histologisch teken van focale glomerulosclerose gevonden.<sup>10</sup> Dit onderstreept dat op grond van waarnemingen gedaan in speciale situaties niet gegeneraliseerd mag worden. Tegen overhaaste en ongerechtvaardigde conclusies moet krachtig gewaarschuwd worden. Nu al worden wij geconfronteerd met patiënten met slechts één nier en een uitstekende nierfunctie aan wie een bezorgde arts eiwitbeperking had voorgeschreven!

#### LITERATUUR

- 1 Donker AJM. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 20-6.
- 2 Jordans JGM. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 351.
- 3 David DS, et al. Lancet 1972; ii: 34-7.
- 4 Keutmann EH, et al. J Clin Invest 1935; 14: 871-88.
- 5 Farr LE. Am J Med Sci 1938; 195: 70-83.
- 6 Penn I, et al. Arch Surg 1970; 101: 226-31.
- 7 Smith MJV. J Urol 1973; 110: 158-61.
- 8 Farrell RM, et al. J Urol 1973; 110: 639-42.
- 9 Ringdén O, et al. Transplantation 1978; 25: 221-3.
- 10 Kiproff DD, et al. Lab Invest 1982; 46: 275-81.

Nijmegen, februari 1983

R.A.P. KOENE  
A.J. HOITSMA

Sinds ik het caput selectum „Van chronische naar terminale nierinsufficiëntie: een onvermijdelijke sequentie?” schreef, zijn er enkele artikelen over dit onderwerp verschenen, die mijn adviezen voor de behandeling van progressieve, chronische nierinsufficiëntie ondersteunen. Niet alleen Maschio et al. komen in hun onderzoek tot de conclusie dat vroegtijdige eiwitbeperking zin heeft,<sup>1</sup> er blijkt ander, eveneens bevestigend, onderzoek onderweg te zijn.<sup>2</sup> Wanneer nu wordt gevraagd om bewijzende, aselechte, prospectieve onderzoeken alvorens tot een dergelijke ingrijpende matiging bij de behandeling van chronische nierinsufficiëntie te mogen adviseren, dan verbaast het mij hoe gemakkelijk de late gevolgen van eenzijdige nefrectomie als onbelangrijk worden afgedaan. Dat een dergelijke ingreep op lange termijn bij de mens géén consequenties zou hebben is, voor zover ik weet, nooit aselechte en prospectief onderzocht (en bij het dier niet waar, al *lijkt* het alsof Bourgoignie et al. ten aanzien van de hond iets anders beweren<sup>3</sup>), terwijl

het tot dusver voorhanden retrospectieve onderzoek bij de mens zeer mager is in zijn details en wat de duur van de „follow-up” aangaat.<sup>4,8</sup> Vroegtijdige eiwitbeperking is natuurlijk „niet niks”, maar ervaring en compassie hebben mij geleerd dat chronische, intermitterende hemodialyse (met alle daarbij komende beperkingen) zeker zeer ingrijpend mag worden genoemd. Daarbij liggen de kosten van één jaar hemodialyse in een centrum eerder bij de f 100.000,- dan bij de f 50.000,-.

Ik dank de collegae Koene en Hoitsma voor de verklaring waarom het niet precies is aan te geven hoe de dagelijkse eiwitopneming moet worden aangepast aan het eiwitverlies met de urine. Toch moet ik constateren dat zij de essentie van de voordracht van Goldszer et al.<sup>9</sup> niet juist (hebben kunnen) weergeven. Deze beweerden niet dat de creatinineklaring na unilaterale nefrectomie lager was dan daarvóór, maar dat het quotiënt klaring ná donatie : klaring vóór donatie soms kleiner werd in de loop der jaren (waarbij dan meer proteïnurie en hypertensie voorkwamen). Delano et al., die slechts 15 patiënten beschreven, maar de serie van Kiproff et al. is niet groter,<sup>8</sup> kwamen tot de conclusie: „renal donation may predispose to hypertension and a larger series of donors should be studied”.<sup>10</sup>

Op grond van de beschikbare dierexperimentele en humane gegevens zou ik derhalve nog steeds willen adviseren om patiënten met progressieve, chronische nierinsufficiëntie (creatinineklaring  $\leq$  50 ml/min.) niet alleen (en in de eerste plaats!) antihypertensiva voor te schrijven, maar tevens eiwitbeperking (fosfaatbinders zijn ook niet alles,<sup>2,11</sup> en moeten iedere dag met iedere maaltijd worden ingenomen). Verder zou ik een gezond individu dat, vaak op jonge leeftijd, één van zijn of haar nieren aanbiedt, niet voor 100% willen garanderen dat de ingreep voor hem of haar op de lange duur geen enkel risico met zich meebrengt. Wel, dat ná de donatie enige matiging in zout- en eiwitgebruik, plus een jaarlijkse controle van de bloeddruk, wenselijk is. De kosten (en lasten) van zo'n advies wegen nog altijd ruimschoots op tegen de baten van het aanbod.<sup>6</sup>

Tenslotte zou ik willen opmerken dat wanneer men bij matige eiwitbeperking de 30 gram rookvlees zou laten staan, het aantal aardappels per dag kan worden uitgebreid tot acht. Twee bekertjes melk als vervanging van 30 gram rookvlees mag ook, etcetera.<sup>12</sup> Een dieet met 0,6 g eiwit/kg lichaamsgewicht/dag is overigens inderdaad overdreven na nierdonatie, wanneer de creatinineklaring dan nog steeds meer dan 50 ml/min./1,73 m<sup>2</sup> bedraagt.

#### LITERATUUR

- 1 Maschio G, et al. Kidney Int 1982; 22: 371.
- 2 Walser MD. Lancet 1983; i: 340.
- 3 Bourgoignie JJ, et al. Kidney Int 1983; 23: 211.
- 4 Penn I, et al. Arch Surg 1970; 101: 226.
- 5 Smith MJV. J Urol 1973; 110: 158.
- 6 Farrell RM, et al. J Urol 1973; 110: 639.
- 7 Ringdén O, et al. Transplantation 1978; 25: 221.
- 8 Kiproff DD, et al. Lab Invest 1982; 46: 275.
- 9 Goldszer RC, et al. Kidney Int 1983; 23: 124.
- 10 Delano BG, et al. Kidney Int 1983; 23: 168.
- 11 Abreo K, et al. Kidney Int 1983; 23: 141.
- 12 Nederlandse Voedingsmiddelen tabel. Uitgave Voorlichtingsbureau voor de Voeding, Laan Copes van Cattenburch 44, 2585 GB 's-Gravenhage.

Groningen, maart 1983

A.J.M. DONKER

Rekening houden met eiwitverlies bij het voorschrijven van een dieet aan patiënten met nierinsufficiëntie berust volgens Koene en Hoitsma op een misverstand. Maar dan toch een zéér wijd verbreed misverstand. In alle standaardwerken vindt men dit advies bij de behandeling van het

nefrotische syndroom. Uiteraard hebben Koene en Hoitsma gelijk wanneer zij stellen dat een eventueel effect op de eiwitsynthese bepalend is voor het nut van een dergelijke maatregel. Merkwaardigerwijs is hierover in de literatuur weinig te vinden. De door hen aangehaalde artikelen zijn eigenlijk niet geheel relevant voor deze vraagstelling bij volwassenen (jonge kinderen met basaal al een ruime eiwit-intake;<sup>1</sup> verschillende uitkomsten voor verschillende eiwitsoorten<sup>2</sup>). In het werk van Blainey wordt het positieve effect van eiwit-suppletie op de synthese wel aangetoond,<sup>3</sup> hoewel ook hier kritiek op de conclusies mogelijk is. Giordano, een van de pioniers op het gebied van extreem eiwitbeperkte voeding voor uremici, adviseert correctie voor proteïnurie ook bij diëten die meer dan 0,3 g eiwit per kg bevatten.<sup>4</sup> De discussie is de laatste tijd opnieuw actueel, omdat dezelfde vraag zich voordoet bij het vaststellen van een dieet voor patiënten die behandeld worden met chronische ambulante peritoneale dialyse, waarbij immers ook aanzienlijke hoeveelheden eiwit en aminozuren verloren gaan. Ook hier wordt een eiwitverrijkt dieet geadviseerd op grond van balansonderzoek.<sup>5</sup>

Ik denk dat we niet over voldoende gegevens beschikken om stellige uitspraken te doen. Voorzichtigheid is echter geboden. Patiënten met nierinsufficiëntie kunnen gemakkelijk katabool worden. De veiligheid van het voorschrijven van sterk eiwitbeperkte voeding gedurende lange tijd aan patiënten met groot eiwitverlies, zonder correctie hiervoor, moet nog worden aangetoond.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Farr LE. Am J Med Sci 1938; 195: 70.
- <sup>2</sup> Keutmann EH, et al. J Clin Invest 1935; 14: 871.
- <sup>3</sup> Blainey JD. Clin Sci 1954; 13: 567.
- <sup>4</sup> Giordano C. Kidney Int 1982; 22: 401.
- <sup>5</sup> Blumenkrantz MJ. In: Gahl GH, Kessel M, Nolph KD, eds. Advances in peritoneal dialysis. Amsterdam: Excerpta Medica, 1981: 391.

Enschede, maart 1983

J.G.M. JORDANS

### Preverbale logopedie

In het artikel van mw. Boelema-da Costa wordt gewezen op de mogelijkheden die logopedische begeleiding kan bieden bij voedings- en spraakproblemen bij het nog zeer

## BERICHTEN

### Binnenland

*Haags Tijdschrift voor Fysiotherapie.* – Dit nieuwe tijdschrift is een uitgave van de Haagse Academie voor Fysiotherapie. De impuls om dit tijdschrift uit te geven ontspringt uit de moeilijke situatie dat fysiotherapie vooral een empirische grondslag heeft, terwijl heden ten dage haar plaats in de gezondheidszorg alleen goed verdedigd kan worden als diepgaand inzicht wordt verkregen door onderzoek van theorieën en resultaten van behandeling. De inhoud van de te publiceren artikelen zal derhalve veelal theoretisch zijn, hoewel gericht op de betekenis ervan voor de praktijk.

Proefnummers zijn te verkrijgen via de redactie van het blad, Dovenetelweg 14, 2555 TG Den Haag.

jonge kind.<sup>1</sup> Bij stoornissen in de spraak- en taalontwikkeling dient in de eerste plaats te worden gedacht aan slechthorendheid als oorzaak. In het artikel wordt gesproken van „licht verminderde gehoorscherpthe” bij stoornissen in de spraak- en taalontwikkeling. Een dergelijke stoornis kan echter ook het symptoom zijn van ernstige slechthorendheid. Wij kunnen ons daarom niet verenigen met conclusie 4 van het bewuste artikel, dat jonge kinderen met spraak- en taalproblemen naar een logopedist verwezen dienen te worden. In zulke gevallen is nadrukkelijk verwijzing naar een keel-, neus- en oorarts aangewezen, die, al dan niet in samenwerking met een audiologisch centrum, slechthorendheid kan diagnostiseren of uitsluiten. Het is vanzelfsprekend onjuist slechthorende kinderen uitsluitend logopedisch te (laten) behandelen.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Boelema-da Costa SP. Preverbale logopedie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 140-4.

Enschede, februari 1983

G.J.M. VAN ARDENNE  
K. HOOGENDIJK  
W. KERSING

In hun reactie op mijn artikel<sup>1</sup> stellen Van Ardenne, Hoogendijk en Kersing terecht dat ernstige slechthorendheid een van de oorzaken kan zijn dat een kind op tweejarige leeftijd nog niet praat. In mijn beschrijving van de spraak/taalstoornissen ben ik er echter van uitgegaan dat oorzaken zoals deze al in een vroeger stadium zijn ontdekt, bijvoorbeeld op een consultatiebureau. Mijn conclusie moet dan ook in dat licht gezien worden. Overigens zal een logopedist bij elk naar hem verwezen kind met spraak/taalstoornissen het gehoor beoordelen. Hieruit kan alsnog een verwijzing naar een audiologisch centrum of KNO-arts voortvloeien, waar de mate van slechthorendheid gediagnostiseerd kan worden. Bij een van de facetten van de behandeling, namelijk de behandeling van de achterstand in de spraak/taalontwikkeling, heeft de logopedist dan weer zijn taak.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Boelema-da Costa SP. Preverbale logopedie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 140-4.

Groningen, maart 1983

S.P. BOELEMA-DA COSTA

*Van en voor de leestafel.* – Ontvangen werd van de Stichting Spel- en Opvoedingsvoorlichting, Burg. Patijnlaan 65, 2585 BJ Den Haag de brochure „Zieke kinderen thuis”. De vragen die erin besproken worden, variëren van „Moet ik de dokter waarschuwen” tot „Mag ik een beetje extra verwennen”.

De brochure is te bestellen door overmaking van f 3,60 (waarin de portokosten begrepen zijn) op giro 1660 ten name van genoemde Stichting; het bestelnummer is K 26.

– In de laatste jaren is in de V.S. een reeks cahiers verschenen uitgaande van Physicians Art Service, Inc. Zeer verschillende menselijke ziekten en kwalen worden er stuk voor stuk in behandeld en veelkleurige tekeningen begeleiden de tekst. Thans verschijnen er Nederlandse vertalingen