

betes (!) zegt niet dat het ook niet anders kan, want er is geen controlegroep.

In een gezaghebbend handboek staat letterlijk:⁵ „Thus it has been recommended that all pregnant women who have not been indentified as having glucose intolerance before the 24th week should have a plasma glucose determined following a glucose load between the twenty-fourth and the twenty-eighth weeks” (cursivering van mij). Wij wilden aantonen dat dat ook zonder glucosebelasting kan. De termijn werd gekozen niet omdat het in „Ellenberg en Rifkin” staat, maar om zoveel mogelijk zwangeren te kunnen laten profiteren zonder de standaardisering geweld aan te doen. Ze is onzes inziens acceptabel omdat verreweg het grootste deel (tot 90%)³ van de ontdekte gevallen zwangerschapsdiabetes betreft. Die treedt meestal pas op in het derde trimester ten gevolge van de toenemende belasting van de glucoseregulatie.⁵

Wanneer collega Verhoeven eerder in de zwangerschap screent is daar natuurlijk niets tegen. Of de winst groot zal zijn, is de vraag. Hoe hij zich evenwel voorstelt een routinetest te doen „in de eerste 60 dagen”, is mij niet geheel duidelijk daar de meeste zwangeren dan nog geen belangstelling hebben voor medische inmenging. Vergelijking van de door Verhoeven aanbevolen grenswaarden met de door ons gevonden curve maakt het overigens niet onwaarschijnlijk dat hij een flink aantal gestoorde GTT's zal missen, zeker in het vroege begin van de zwangerschap.

Tenslotte: een belerende opmerking als die over de overbelasting van het laboratorium miskent het onderscheid tussen belasting van overbelasting en gaat bovendien geheel voorbij aan een van de meest urgente problemen in de hedendaagse ziekenhuisgeneeskunde.

LITERATUUR

- 1 Radder JK. Bloedglucosebepalingen rond de lunch in het derde trimester van de zwangerschap. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 445.
- 2 Radder JK, Terpstra J. Comparison of postprandial (lunch tolerance) and post glucose (oral glucose tolerance) blood glucose values in pregnancy. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 1980; 10: 163.
- 3 Gabbe SG. Diabetes mellitus in pregnancy. Have all the problems been solved? Am J Med 1981; 70: 613.
- 4 Roversi GD, Gargiulo M, Nicolini U, et al. A new approach to the treatment of diabetic pregnant women. Am J Obstet Gynecol 1979; 135: 567.
- 5 Freinkel N, Metzger BE, Potter JM. Pregnancy in diabetes. In: Ellenberg Men Rifkin H. Diabetes mellitus. Theory and practice. 3rd ed. New York: Medical Examination Publishing Co, 1983, chapt 34.

Ann Arbor (V.S.), mei 1983

H.J. HUISJES

Voedingsadviezen bij patiënten met urinewegstenen

Met instemming lezen wij het voortreffelijke artikel van Lycklama à Nijeholt e.a.¹ Gaarne maken wij hierbij nog een enkele kanttekening.

Het is duidelijk, dat in het onderhavige artikel het zwaartepunt ligt bij de diëtische behandeling van urinewegstenen, terwijl differentiaal-diagnostische overwegingen slechts ter zijde worden belicht. De stelling, dat bij een patiënt die éénmaal een calciumoxalaatsteen heeft geloosd, onderzoek naar de uitscheiding van calcium, urinezuur en oxalaat in de urine achterwege kan blijven, lijkt ons op grond van literatuurgegevens aanvechtbaar.²

De zinsnede „Bij dan alsnog aanhoudende steenvorming moet medicamenteuze therapie worden toegevoegd (thiazide-diuretica, fosfaatbinders, allopurinol e.d.)” hadden wij liever vervangen gezien door „Bij alsnog aanhoudende

steenvorming dient volgens een systematisch protocol gezocht te worden naar metabole oorzaken van het steenlijden en dient de diëtische behandeling met een op maat gesneden medicamenteuze therapie aangevuld te worden”. De praktijk is helaas dat zorgvuldige analyse bij deze groep patiënten nogal eens achterwege blijft, waarbij men zich ook niet altijd realiseert, dat hyperuricosurie een belangrijk pathogenetisch moment bij het ontstaan van calciumoxalaatstenen kan zijn,^{3 4} ook bij patiënten met een gedocumenteerde hypercalciurie.⁴ Bij gebruik van een vast omschreven protocol, dat in de regel poliklinisch afgewerkt kan worden,^{5 6} blijkt bij verreweg de meeste patiënten met recidiverende urinewegstenen een duidelijke metabole oorzaak aantoonbaar.⁴

Nauwgezette diagnostiek is onzes inziens mede van belang, omdat bij de subgroepen met een renale hypercalciurie en een absorptieve hypercalciurie t.g.v. een primair renaal fosfaatlek ook het skelet bij het pathofysiologische gebeuren betrokken is. Bij patiënten uit de eerste groep is er, t.g.v. de secundaire hyperparathyreoïdie, in de regel sprake van een negatieve calciumbalans en een, als ongunstig te beschouwen, excessieve botombouw.^{7 8} De calciumexcretie en de secundaire hyperparathyreoïdie nemen af tijdens behandeling met chlorothiazide.⁸ Bij de tweede groep werd een ont koppeling van botaanmaak en botresorptie aangetoond, zich uitend in een ook klinisch aantoonbare toegenomen netto botresorptie.⁸ De gestoorde botmorfologie en hypercalciurie bleken reversibel door orale fosfaattherapie, een behandeling die bij de eerste groep de secundaire hyperparathyreoïdie juist deed toenemen.⁸ De huidige inzichten in de pathofysiologie van de diverse typen hypercalciurieën (nog afgezien van het complexe gebeuren van niersteenvorming in zijn geheel) rechtvaardigen onzes inziens zorgvuldige differentiatie en selectieve behandeling zoals o.a. door Pak werd bepleit.^{9 10} Onlangs hielden Maschio e.a. een pleidooi voor het (zonder verdere analyse) routinematig voorschrijven van een thiazidepreparaat gecombineerd met allopurinol bij patiënten met recidiverende calciumbevattende urinewegstenen.¹¹ Het zal duidelijk zijn dat wij het met een dergelijk beleid niet eens zijn. Wij hopen dat wij hierbij de Leidse groep aan onze zijde mogen weten.

LITERATUUR

- 1 Lycklama à Nijeholt AAB, Steenhoff-Bosma CLM, Blomen LJM, Bijvoet OLM. Voedingsadviezen bij patiënten met urinewegstenen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 416-20.
- 2 Strauss AL, Coe FL, Parks JH. Formation of a single calcium stone of renal origin. Arch Intern Med 1982; 142: 504-7.
- 3 Pak CYC, Waters O, Leroy A, et al. Mechanisms for calcium urolithiasis among patients with hyperuricosuria. J Clin Invest 1977; 426-31.
- 4 Pak CYC, Britton F, Peterson R, et al. Ambulatory-evaluation of nephrolithiasis. Am J Med 1980; 69: 19-30.
- 5 Pak CYC, Fetner C, Townsend J, et al. Evaluation of calcium urolithiasis in ambulatory patients. Am J Med 1978; 64: 979-87.
- 6 Pak CYC, Kaplan R, Bone H, et al. A simple test for the diagnosis of absorptive, resorptive and renal hypercalciurics. N Engl J Med 1975; 292: 497-500.
- 7 Pak CYC, Ohata M, Lawrence EC, Snijder W. The hypercalciurics. J. Clin Invest 1974; 54: 387-400.
- 8 Bordier P, Ryckewart A, Gueris J, Rasmussen H. On the pathogenesis of so called idiopathic hypercalciuria. Am J Med 1977; 63: 398-408.
- 9 Pak CYC. Kidney stones: various forms and treatment. Nephron 1979; 23: 142-6.
- 10 Pak CYC, Peters P, Hurt G, et al. Is selective therapy of recurrent nephrolithiasis possible? Am J Med 1981; 71: 615-21.
- 11 Maschio GN, Tessitore N, d'Angelo A, et al. Prevention of calcium nephrolithiasis with low dose thiazide, amiloride and allopurinol. Am J Med 1981; 71: 623-6.

Rotterdam, maart 1983

P.C. VAN DER VELDEN
H.R.A. FISCHER

Wij danken de collegae Van der Velden en Fischer voor hun kanttkening, waarmee wij grotendeels kunnen instemmen. Zoals terecht opgemerkt, gaat ons artikel inderdaad niet over de diagnostiek bij urinewegsteenvorming, maar over drink- en voedingsadviezen.

Als door ons gesteld wordt, dat na een éénmalige ongecompliceerde calciumoxalaatsteen vorming (steenanalyse!) nog geen 24-uursurine-onderzoek nodig is, dan geven wij hierdoor aan dat huisartsen bijv., die vaak met deze situatie worden geconfronteerd, na het uitsluiten van hypercalciëmie, urine-afwijkingen (sediment, evt. kweek en pH), evt. cystinurie (reactie van Brand) en voedingsexcessen voorlopig kunnen volstaan met een drink- en evt. voedingsadvies. Een 24-uursurine-onderzoek kan ons niet voorspellen of de steenvorming zal recidiveren en het gevaar bestaat dat voorbarig een klinisch-chemisch vastgestelde afwijking behandeld wordt, en wel vaak levenslang.

In het artikel van Strauss e.a. wordt door de desbetreffende auteurs zelf aangegeven, dat in hun populatie waarschijnlijk een selectie heeft plaatsgevonden van een eerste, gecompliceerde, steenvorming, waarbij de steen voor veel morbiditeit zorgde (infectie, ziekenhuisopname, operatie). In deze gecompliceerde situaties is' onzes inziens zeker een uitgebreider onderzoek aangewezen.

Een goed metabool onderzoek kan slechts in ruim geoutilleerde ziekenhuizen plaatsvinden (oxalaatbepaling bijv.) en het zou ook niet haalbaar zijn om elke steenpatiënt naar een dergelijk ziekenhuis te verwijzen. Als echter de steenvorming recidiveert ondanks goede drink- en voedingsadviezen en dus medicamenteuze behandeling overwogen wordt, dient de behandelende arts op de hoogte te zijn van de huidige inzichten daaromtrent. In dat geval dient zeker een 24-uursurine-onderzoek plaats te vinden. Of bij dit onderzoek zo de nadruk gelegd moet worden op een onderverdeling in verschillende typen hypercalciurieën, zoals Pak bepleit, kan worden betwijfeld. In de praktijk levert dit maar een beperkt voordeel op: van de hierbij aansluitende therapieën wordt orthofosfaat in Europa zelden gebruikt, terwijl Na-cellulosefosfaat duidelijke nadelen heeft (oxalaat-uitscheiding hoger, magnesiumuitscheiding lager).¹ In de praktijk blijkt bij calciumstenen de thiazide-

therapie zowel bij hypercalciurie als bij normocalciurie goed werkzaam.²

In een recent artikel³ geeft Pak ook zelf aan dat zijn „selective treatment approach” op theoretische gronden weliswaar te verkiezen is boven een niet-selectieve aanpak, maar dat de laatstgenoemde aanpak in de literatuur een gelijk rendement geeft. Dit geldt zowel voor thiaziden, Mg(OH)₂,⁴ orthofosfaat⁵ als voor allopurinol.⁶ Anderzijds blijkt placebobehandeling slechts weinig minder effectief in vergelijking met Na-cellulosefosfaat,¹ orthofosfaat,⁷ allopurinol⁸ en thiazide.⁹

Maschio e.a. melden dat min of meer „at random” toevoegen van allopurinol bij thiazidebehandeling in hun serie geen extra reductie van steenvorming gaf. Een dergelijke tweedelige medicamenteuze therapie zonder ratio verdient ook onze waardering niet. Wel kan bij individuele patiënten, na analyse, toevoeging van allopurinol waarde hebben als ondanks thiazidetherapie, calciumstenen recidiveren.

Wij stellen nogmaals duidelijk dat, voordat men zijn toevlucht neemt tot medicamenteuze therapie, op de voedings- en vooral de drinkadviezen voldoende nadruk moet zijn gelegd. Ons realiserend dat 5% van de bevolking ooit stenen zal vormen, lijkt een andere strategie niet alleen duur en moeilijk te realiseren, doch ook een nodeloze belasting voor velen.

LITERATUUR

- 1 Backman U, Danielson BG, Johansson G, et al. J Urol 1980; 123: 9.
- 2 Backman U, Danielson BG, Johansson G, et al. Br J Urol 1979; 51: 175.
- 3 Pak CYC. J Urol 1982; 128: 1157.
- 4 Johansson G, Backman U, Danielson BG, et al. J Urol 1980; 124: 770.
- 5 Thomas WC Jr. Kidney Int 1978; 13: 390.
- 6 Coe FL. Ann Intern Med 1977; 87: 404.
- 7 Ettinger B. Am J Med 1976; 61: 200.
- 8 Smith MJV. J Urol 1977; 117: 690.
- 9 Scholz D, Schwille PO, Sigel A. J Urol 1982; 182: 903.

Leiden, april 1983

A.A.B. LYCKLAMA à NIEHOLT
L. STEENHOFF-BOSMA
L.J.M.J. BLOMEN
O.L.M. BIJVOET

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITTANNIË

Lage infectiedosis van Salmonella napoli in chocoladerepen. – *Salmonella napoli* werd in Engeland tot 1982 zelden gevonden, totdat in de periode april-september van dat jaar de bacterie 245 maal uit de faeces van patiënten werd gekweekt. De oorzaak van deze explosie bleek te liggen in besmette chocoladerepen die uit Italië waren geïmporteerd. Hooper en Greenwood vonden in 42 van 48 onderzochte repen *S. napoli*. De aantallen Salmonellae per reep waren opvallend gering: in 28 repen minder dan 10, in 12 repen 10-40 en de twee andere resp. 43 en 240. Als MPN (most probable number) berekenden zij 1,6 Salmonellae per gram chocolade. Op grond hiervan stelden zij de infectiedosis op 50 Salmonellae. Dit is veel lager dan gewoonlijk voor

infecties van gezonden wordt genoemd (10⁶-10⁹, afhankelijk van de Salmonellasoort). De schrijvers wijzen erop dat chocolade de Salmonellabacteriën goed conserveert en tevens een uitstekend vehiculum is om hen veilig door de maagzuurbarrière te loodsen. (Br Med J 1983; 286: 1394.)

VERENIGDE STATEN

Eenvoudige bloedtest (thymosine alpha-1) voor opsporing AIDS? – Op een vergadering van de American Society for Microbiology in New Orleans deelde Allan Goldstein van de George Washington University in Washington mee dat bij patiënten met AIDS of de voorstadia daarvan het bloedgehalte aan thymosine alpha-1 verhoogd is. Het hormoon zou gemakkelijk zijn aan te tonen waardoor de test te gebruiken is voor het opsporen van AIDS-patiënten. (N.Y. Times, 8-3-'83.)