

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Een intrathoracale tumor en huidafwijkingen (benigne thymoom en pemphigus)

Met belangstelling las ik het artikel van Van Joost et al. waarin zij het tegelijkertijd voorkomen van benigne thymoom en pemphigus beschrijven.¹ Naar aanleiding hiervan zou ik graag enkele aanvullende opmerkingen maken. De auteurs opperen dat deze casus wellicht ook geassocieerd zou kunnen worden als pemphigus erythematosus. Gelet op de beschrijving en de foto van het klinische beeld, alsmede de bevindingen bij histopathologisch en immunofluorescentieonderzoek betreft het hier mijns inziens zeker een geval van pemphigus erythematosus. Ik zou graag weten of er in de PAS-kleuring aanwijzingen waren voor het bestaan van LE i.c. verdikking of accentuering van de basale membraan.

Een nagenoeg identieke casus werd door mij getoond op de 228e vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie d.d. 7 mei 1983 onder de titel pemphigus erythematosus.² Ook deze patiënt had een intrathoracale tumor met benigne aspect, waarop de waarschijnlijkheidsdiagnose thymoom gesteld werd. De diagnose thymoom werd later histologisch bevestigd. Bij histopathologisch onderzoek van een huidbiopsie werd het beeld gezien van pemphigus foliaceus; in de PAS-kleuring was de basale membraan sterk „gekarteld” en focaal iets geaccentueerd. Bij immunofluorescentieonderzoek zagen we intercellulaire kleuring van de epidermis met anti-IgG en C₃/4. Met deze antisera ontstond bovendien korrelige kleuring van materiaal langs de basale membraan en in de capillairwanden. Enige granulaire deposities langs de basale membraan waren positief met anti-Clq, IgA en IgM. Indirect immunofluorescentieonderzoek toonde circulerende antistoffen (IgG) van het pemphigus-type aan in een titer van 1:64, alsmede antinucleaire antistoffen in een titer van 1:16. Bij serologisch onderzoek was anti-DNA positief bij negatieve anti-ENA. Wij behandelen met azathioprine (Imuran) 100 mg dd per os en lokale applicatie van corticosteroiden met redelijk tot goed resultaat. Wel ontstaan af en toe nog verse elementen. De extirpatie van het thymoom heeft het klinische beloop van de pemphigus erythematosus in geen enkel opzicht beïnvloed.

LITERATUUR

¹ Joost Th van, Blog FB, Stolz E, Vuzevski V. Een intrathoracale tumor en huidafwijkingen (benigne thymoom en pemphigus). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1095-7.

² Hoogenband HM van den. Pemphigus erythematosus. Syllabus 228e vergadering Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 7 mei 1983; 17-8.

Amsterdam, juni 1984

H.M. VAN DEN HOOGENBAND

Bij de door ons beschreven patiënt met pemphigus en benigne thymoom was met PAS-kleuring geen afwijking te zien van de basale membraan in de huidaandoening. Er werd geen (onregelmatige) verdikking of homogenisatie van deze structuur gevonden, zoals kenmerkend is voor de cutane discoïde vorm van lupus erythematosus (DLE).

Ook het directe immunofluorescentie (DIF)-onderzoek van de aangetaste huid toonde geen voor DLE karakteristieke granulaire deposities van immunoglobulinen en com-

plement. Hier kan dus niet zonder meer gesteld worden dat bij de door ons beschreven patiënt de resultaten van lichtmicroscopisch onderzoek en van immunofluorescentieonderzoek volledig compatibel zouden zijn met de diagnose pemphigus erythematosus. In het klassieke geval van pemphigus erythematosus zou men in strikte zin uit moeten gaan van een syntropie van pemphigus en LE, waarbij dan in situ (in de zieke huid) histopathologische en immunohistochemische karakteristieken van beide syndromen aantoonbaar zouden dienen te zijn. Door ons is gewezen op het overlappen van immunologische bevindingen die zich niet zelden bij immunodermatosen voordoet. Door het tegelijkertijd voorkomen van anti-DNA-antistoffen en LE-cellen in het perifere bloed, én de bevindingen passend bij pemphigus, hebben ook wij ons afgevraagd of het bij de patiënt beschreven ziektebeeld wellicht geassocieerd zou kunnen worden als pemphigus erythematosus.

De reactie van collega Van den Hoogenband legt overigens de nadruk op onze conclusie dat in geval van pemphigus in ieder geval verder onderzoek noodzakelijk is naar voorkomen van intercurrente processen van het lymfoïde en reticulo-endotheliale systeem.

Rotterdam, juni 1984

TH. VAN JOOST
F.B. BLOG
E. STOLZ
V.D. VUZEVSKI

Is ciclosporine een aanwinst bij niertransplantaties?

Bij het artikel van Van Oers en Ten Veen maken wij graag enkele kanttekeningen.¹ Op grond van een onderzoek van Keown et al. uit 1982 stellen de auteurs dat gelijktijdig gebruik van voedsel en ciclosporine de resorptie van het geneesmiddel zou verminderen. In een latere publikatie rapporteerden Keown et al. echter dat zij geen effect van voedselinname op de resorptie of eliminatie-tijd van ciclosporine konden aantonen.² Deze conclusie onderschrijven wij op grond van eigen onderzoek waarin de farmacokinetiek van ciclosporine bij 14 niertransplantatie-patiënten werd bestudeerd.

Hoewel de auteurs erop wijzen dat intraveneuze toediening van co-trimoxazol resulteert in verlaging van de ciclosporinebloedspiegels, dient de genoemde combinatie om een andere reden met voorzichtigheid gehanteerd te worden. Op grond van een aantal niet-gecontroleerde waarnemingen bestaat de indruk dat de trimethoprimcomponent van co-trimoxazol een potentiërend effect heeft op de nefrotoxiciteit van ciclosporine.³

De auteurs vermelden verder dat het met behulp van een nierbiopsie mogelijk is met zekerheid te differentiëren tussen afstoting en nefrotoxiciteit, daar het voor afstoting karakteristieke interstitiële celfiltraat bij ciclosporine-toxiciteit afwezig zou zijn. Sommige onderzoekers suggereren echter dat ook bij vermeende nefrotoxiciteit een interstitieel infiltraat kan worden aangetoond, hetgeen echter wellicht anders van samenstelling zou zijn.⁴ Onze eigen indruk is dat slechts biopsien zonder afwijkingen het