

# INGEZONDEN

(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)

## Roodvonk, een niet altijd onschuldige kinderziekte

Met veel belangstelling heb ik deze klinische les gelezen.<sup>1</sup> Naar aanleiding van de genoemde differentiële diagnostiek wil ik graag enige aanvullende opmerkingen maken.

Hoewel in het artikel longinfecties door stafylokokken in de differentiële diagnose genoemd worden, dient men te beseffen, dat ook zonder bronchopneumonie stafylokokkeninfecties een dergelijk exantheem kunnen veroorzaken. Een vrijwel aan roodvonk identiek syndroom („staphylococcal scarlet fever”) wordt veroorzaakt door een stafylokokkentoxine, die geproduceerd kan worden door faaggroep II, typen 3a, 3c, 52, 55, 71 en 85.<sup>2,3</sup> Deels is dit ziektebeeld een aparte entiteit, deels een prodromaal stadium van het „staphylococcal scalded skin”-syndroom (SSSS).<sup>4</sup> Enerzijds is het niet geheel onmogelijk, dat de als aparte entiteit voorkomende „staphylococcal scarlet fever” een niet helemaal tot expressie komend SSSS is, anderzijds kunnen wellicht ook andere stafylokokkenexotoxinen dan bij SSSS tot het scarlatina-beeld leiden.

Op grond van de volgende bevindingen kan men de door stafylokokken veroorzaakte roodvonk onderscheiden van de klassieke roodvonk:

- Ontbreken van door streptokokken veroorzaakte pharyngitis of (zeldzamer) wondinfecties.
- Ontbreken van enantheem van het palatum (aardbeitong daarentegen komt soms ook bij het stafylokokkenexantheem voor.
- Primaire, meestal extracutane (osteomyelitis, abces, „staphylococcal” pharyngitis enz.) stafylokokkeninfecties en (of) kolonisatie in oren, ogen, keel of nasopharynx door stafylokokken.

Tot slot zou ik willen vermelden, dat ook bij de ziekte van Kawasaki een scarlatiniform exantheem en een aardbeitong kunnen voorkomen, hetgeen soms een differentieel-diagnostisch probleem kan vormen.

### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Aalderen WMC van, Gerritsen J, Polman HA, et al. Roodvonk, een niet altijd onschuldige kinderziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1649-51.
- <sup>2</sup> Hurwitz S. The exanthematous diseases of childhood. In: Hurwitz S, ed. Clinical pediatric dermatology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders, 1981: 258-76.
- <sup>3</sup> McCloskey RV. Scarlet fever and necrotizing fasciitis caused by coagulase-positive hemolytic *Staphylococcus aureus* phage type 83. Ann Intern Med 1973; 78: 85-7.
- <sup>4</sup> Groot R de, Oranje AP, Vuzevski VD „Staphylococcal scalded skin”-syndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1459-63.

Rotterdam, september 1984

A.P. ORANJE

Van Aalderen et al. behandelen in hun heldere klinische les een complicatie van roodvonk, de streptokokkenpneumonie.<sup>1</sup> De slotzin luidt: „Gezien de ernstige complicaties . . . is vroegtijdige behandeling met penicilline aangewezen.” Ik bestrijd dat. De incidentie van zekere gevallen van roodvonk in de huisartspraktijk is 1,5-1,8/1000 pat./jaar.<sup>2,4</sup> Dit zijn zo'n 24.000 zekere roodvonkpatiënten per jaar in Nederland. De Stichting Medische Registratie te Utrecht treft daarvan 23 patiënten aan in de ziekenhuizen. Van Aalderen et al. suggereren dat de door Beese genoemde 10% complicerende pneumonieën gegeneraliseerd kunnen worden naar alle door de huisarts geziene roodvonkpa-

tiënten; dit kan niet waar zijn. Overigens is de tonsillitis acuta een vele malen grotere bron van streptokokkeninfecties.<sup>2,3</sup> Incidenties en complicatiekansen bij tonsillitis én roodvonk laten maar één conclusie toe: in eerste instantie geen penicilline, tenzij . . .

### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Aalderen WMC van, Gerritsen J, Polman HA, et al. Roodvonk, een niet altijd onschuldige kinderziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1649-51.
- <sup>2</sup> Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978. Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone Ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
- <sup>3</sup> Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers BV, 1984.
- <sup>4</sup> Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2-defined. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1983.

Almere-haven, september 1984

N.P. VAN DUIJN

Wij danken collega Oranje voor de aanvullingen op onze klinische les en zijn het hier helemaal mee eens.

Collega Van Duijn schrijft dat hij het oneens is met de vroegtijdige behandeling van roodvonk met penicilline. Mede dank zij penicilline is de incidentie van ernstige complicaties van roodvonk, zoals acuut reuma en poststreptokokkenglomerulonephritis, drastisch afgenomen. Het lijkt ons niet raadzaam om nu, om deze reden, de behandeling met antibiotica maar achterwege te laten, of om af te wachten tot er wel een ernstige en veel moeilijker te behandelen complicatie is ontstaan.

Overigens is het niet onze bedoeling geweest te suggereren dat op dit moment 10% van de gevallen van roodvonk gecompliceerd wordt door een bronchopneumonie. Het is slechts een getal dat genoemd is door een onderzoeker uit de jaren vijftig. Wanneer het onduidelijk in de tekst staat, hopen wij dat hiermee het probleem is rechtgezet.

Groningen, september 1984

W.M.C. VAN AALDEREN  
J. GERRITSEN  
H.A. POLMAN  
K. KNOL

Naar aanleiding van deze klinische les, waarin twee patiëntjes werden beschreven met een ernstige bronchopneumonie als complicatie,<sup>1</sup> is bij mij de vraag gerezen, of de kinderartsen nog wel eens de acute nephritis als naziekte, dus postscarlatineus, zien.

Ik zelf heb namelijk tijdens de Eerste Wereldoorlog een door de huisarts vermoedelijk niet herkende scarlatina doorgemaakt, waarvan de diagnose pas duidelijk werd toen ik op het gymnasium aan mijn buurman liet zien, hoe ik begon te vervellen. Daarna ontstond een postscarlatineuze, acute nephritis, die zich aankondigde door pijn in de nierstreek (nephritis dolorosa). Deze werd behandeld met rust en een streng melkdieet (deels wegens de tijdsomstandigheden uitgevoerd met gecondenseerde melk). De nephritis is geheel genezen, en ook de stellige, sombere prognose die een gevierde Amsterdamse hoogleraar ons op college voorhield, ongeveer luidende „over 20, 30 jaar ziet u al die patiënten terug met een chronische nephritis of schrompelnier”, is ook in dit geval niet van toepassing geworden. Het lijkt aannemelijk, dat de postscarlatineuze nephritis een immunologische reactie is op de streptokokkeninfectie.

<sup>1</sup> Aalderen WMC, Gerritsen J, Polman HA, et al. Roodvonk, een niet altijd onschuldige kinderziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1649-51.

Amsterdam, september 1984

G.A. LINDEBOOM

Met interesse hebben wij de bijdrage van collega Lindeboom naar aanleiding van ons artikel gelezen. Poststreptokokkenglomerulonephritis zien wij nog in een lage frequentie, ongeveer 1 à 2 maal per jaar. Zelden is hieraan een scarlatiniform exantheem voorafgegaan. De exacte cijfers van voorkomen van een poststreptokokkenglomerulonephritis in Nederland zijn ons onbekend. Wel is er een duidelijke vermindering ten opzichte van, bijvoorbeeld, vijftien jaar geleden. Enerzijds zal dit te maken hebben met het vroegtijdig antibiotisch behandelen van keelinfecties, anderzijds is het zeer wel mogelijk dat er sprake is van een veranderde pathogeniteit van de streptokok, waardoor minder complicaties van streptokokkeninfecties gezien worden.

Groningen, september 1984

W.M.C. VAN AALDEREN  
J. GERRITSEN  
H. A. POLMAN  
K. KNOL

### *De behandeling van een patiënt met ergotisme*

De behandeling van een patiënt met arteriële vaatspasmen, veroorzaakt door een overdosering ergotamine, is en blijft moeilijk, zoals onlangs nog door Kerker et al. werd beschreven.<sup>1</sup> Het is opvallend dat nog steeds, ingegeven door de angst van het dreigende gangreen, een ware polypragmasie wordt verricht die achteraf toch zonder effect blijkt. Vermoedelijk is het staken van de ergotamine-inname het belangrijkste geweest, zoals de auteurs zelf al aangeven. Na behandeling met procaine, xantinolnicotinaat, papaverine, heparine, nifedipine, tolazoline, streptokinase en nitroprussidenatrium verbeterde de vaatspasme niet. Na het staken van de ergotamine en 16 uur na het begin van de toediening van nitroprussidenatrium keerden de pulsaties terug, eerder een post- dan een propter-effect.

Uit recent onderzoek van Kalkman naar de aard van de pressorische effecten van ergotamine in de perifere arteriën van de rat in vivo is gebleken dat het pressor-effect van ergotamine tweedelig is: het is een gemengd  $\alpha_2/5\text{-HT}_2$ -agonistisch effect, waarbij een combinatie van een  $\alpha_2$ -adrenoceptorblokkerende stof en een  $5\text{-HT}_2$ -antagonist in staat was de vaatvernauwende respons te onderdrukken.<sup>2</sup> Behalve maatregelen als plaatjesaggregatieremming met heparine en verbetering van de reologische eigenschappen van het bloed door infusie van laag-moleculaire dextranen en, bij dreigend gangreen, de hyperbare zuurstofbehandeling, lijkt een rationele farmacotherapie dan ook de intra-arteriële toediening van een  $5\text{-HT}_2$ -antagonist, zoals ketanserine, gecombineerd met een  $\alpha_2$ -antagonist. Omdat in Nederland geen selectieve  $\alpha_2$ -adrenerge antagonist voor de humane farmacotherapie beschikbaar is, kan dit pharmacon goed worden vervangen door een zg. calcium-entry-blocker als nifedipine. Zoals bekend, is het proces van vaatvernauwing, veroorzaakt door activatie van post-synaptische  $\alpha_2$ -adrenerge receptoren, sterk afhankelijk van extra-celulair calcium en deze vasoconstrictie is dan ook goed te remmen met een calcium-entry-blocker als nifedipine.<sup>3</sup> Het feit dat nifedipine bij de genoemde patiënte niet effectief was, pleit

hier niet tegen, aangezien antagonisme van slechts één van de twee receptortypes niet noodzakelijkerwijs leidt tot een uitgesproken antagonisme van de vaatvernauwende respons op de gemengde agonist ergotamine. Als zeer potente directe, voornamelijk arteriële, vaatverwijder kan nog een convertend-enzyme-remmer als captopril of enalapril worden toegediend. Ergotamine blijkt namelijk in staat te zijn een ernstig spasme te veroorzaken van de nierarteriën, waardoor het renine-angiotensine-aldosteron-systeem geactiveerd wordt.<sup>4</sup> Een deel van het perifere „ergotamine“-arterie-spasme kan dus verklaard worden door een geactiveerd renine-angiotensine-aldosteron-systeem en deze spastische vaatvernauwing is gevoelig voor convertend-enzyme-inhibitie door bijvoorbeeld captopril of enalapril. Dit blijkt ook uit de praktijk.<sup>5</sup> Het effect van de behandeling kan het best worden gemeten met een Doppler-methode.

#### LITERATUUR

- 1 Kerker JP, Westerhof PW, Heijst APN van. De behandeling van een patiënt met ergotisme. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1901-4.
- 2 Kalkman HO. Vascular serotonin receptors. Amsterdam: Rodopi, 1983: 91-2.
- 3 Meel JCA van, Jonge A de, Kalkman HO, Timmermans PBMWM, Zwieten PA van. Vascular smooth muscle contraction initiated by postsynaptic  $\alpha_2$ -adrenoceptor activation is induced by an influx of extracellular calcium. Eur J Pharmacol 1981; 69: 205-8.
- 4 Fedotin MS, Hartman C. Ergotamine poisoning producing renal arterial spasm. N Engl J Med 1970; 283: 518-9.
- 5 Zimram A, Ofek B, Hershko C. Treatment with captopril for peripheral ischemia induced by ergotamine. Br Med J 1984; i: 364.

Amsterdam, oktober 1984

J.T.A. KNAPE  
P.A. VAN ZWIETEN

Wij danken collegae Knape en Van Zwieten voor hun waardevolle opmerkingen naar aanleiding van de therapie van patiënten met ergotamine-intoxicatie. Op theoretische gronden zijn er dus nog alternatieven bij de behandeling van deze intoxicaties. In de praktijk zal moeten blijken welke bijdrage deze nieuwe wegen zullen opleveren. Het blijft daarom van groot belang om een bundeling van de weinige patiënten in Nederland te realiseren om zo in de toekomst meer inzicht te krijgen in de meest effectieve therapie.

Utrecht, oktober 1984

J.P. KERKER  
P.W. WESTERHOF  
A.N.P. VAN HEIJST

### *De kans op hysterectomie en schatting van het aantal sterfgevallen aan kanker dat door de hysterectomieën in de huidige frequentie wordt voorkomen*

In het artikel van Hoogendoorn wordt het aantal sterfgevallen aan kanker berekend dat wordt voorkomen door de huidige frequentie van hysterectomie, niet verricht wegens bestaand carcinoom van de uterus!<sup>1</sup> Behalve het verhelpen van de klacht (de indicatie tot hysterectomie) is één van de belangrijkste bijkomende voordelen van hysterectomie de preventie van kankersterfte. Als belangrijk nadelig gevolg, naast de ook door Hoogendoorn genoemde operatiesterfte, zal men ook rekening moeten houden met eventuele extra sterfte ten gevolge van cardiovasculaire complicaties.

Het merendeel van de in ons land uitgevoerde hysterectomieën vindt plaats vóór de menopauze. Verschillende