

moet zijn. Braken is geen contra-indicatie voor orale rehydratie, zoals Taminiau ook stelt, en wordt vrijwel altijd minder in de eerste uren na het begin van orale rehydratie. Wordt het gestelde minimum niet gehaald, dan wordt een maagsonde aangelegd en wordt ORS per druppelinfusie gegeven. (Zelfs bij te snelle toediening is er weinig kans op complicaties.) Een maagsonde is overigens maar zelden noodzakelijk. Borstvoeding wordt zoveel mogelijk voortgezet vanaf het eerste moment van opname. Met vaste voeding wordt al na enkele uren begonnen. Lichte gevallen van dehydratie worden poliklinisch behandeld. Met dit regime zagen wij in bijna twee jaar tijds niet één sterfgeval door dehydratie.

Naar onze mening is voor het welslagen van orale rehydratie naast zout en suiker een grote hoeveelheid liefde en geduld nodig. En wie kan dit beter opbrengen dan de moeder (of de vader)? We zijn het daarom niet eens met Taminiau's stelling „orale rehydratie moet in het ziekenhuis worden uitgevoerd”. Gezien het peil van de Nederlandse huisartsgeneeskunde, moet het toch mogelijk zijn gevallen van lichte en matige dehydratie thuis te behandelen! De door Taminiau geconstateerde voorkeur in Nederland voor parenterale rehydratie is eerder ingegeven door medisch conservatisme dan door feitelijke ervaringen.

Het door Fliers en Yntema beschreven ziektegeval is niet een voorbeeld van verkeerde zuinigheid, maar een voorbeeld van verkeerde voorlichting door de arts. Indien een nauwkeurig recept was verstrekt, zouden Fliers en Yntema het patiëntje waarschijnlijk nooit gezien hebben. In de derde wereld wordt – met steun van WHO en UNICEF – geprobeerd ORS op basis van de eenvoudige suikerzout-formule te introduceren als „huismiddeltje”, dat direct toegepast wordt zodra diarree begint.<sup>2</sup> Op grond van een door een arts gemaakte fout wijzen nu Fliers en Yntema dit beleid af. Zij propageren het gebruik van commerciële ORS-producten, en propageren daarmee patient's delay, doctor's delay, dispensary's delay...

Wat betreft diarreebehandeling en orale rehydratie kan men in Nederland misschien nog iets opsteken van ervaringen opgedaan in de derde wereld. Tot slot nog dit: dat ORS ook heel goed gebruikt kan worden bij (dreigende) dehydratie van volwassenen, hebben wij aan den lijve mogen ondervinden.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Voorhoeve HWA. Kindergeneeskunde, syllabus Nationale Tropencursus voor Artsen. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1981.
- <sup>2</sup> Programa Criança-para-criança. Brasília: MEC/UNICEF, 1980.
- <sup>3</sup> Werner D. Onde não há médico. 5e ed. São Paulo: Edições Paulinas, 1981.

Lucapa, Angola, maart 1985

J.A.R. KOOT  
A.A.L.J. VAN DEN BROEK

De ingezonden brief van Koot en Van den Broek verduidelijkt de logistieke verschillen tussen de tropen en Nederland bij de behandeling van acute gastro-enteritis. In de praktijk wordt in Nederland nog steeds parenterale rehydratie gebruikt als primaire behandeling bij acute gastro-enteritis. Gelukkig is het beleid aan het verschuiven naar primair orale rehydratie met glucose/elektrolyten-oplossingen, maar dit is nog steeds niet algemeen gebruik. Rehydratie dient bij voorkeur te geschieden met de WHO orale-rehydratie-oplossing bevattende 90 mEq natrium.

In Nederland overlijden anno 1985 nog steeds kinderen aan acute gastro-enteritis ten gevolge van dehydratie. Daarom ben ik het niet eens met de schrijvers, dat dehydratie thuis behandeld kan worden. Het is moeilijk

thuis te beoordelen of het gedehydrateerde kind behoort tot de groep, die te veel braakt of te grote diarreeverliezen heeft, zodat de orale rehydratie faalt. De 10% kinderen, die teveel braken of te veel diarree hebben, zijn voor een huisarts moeilijk te volgen, omdat volumina logistiek niet thuis te meten zijn. Deze kinderen moeten parenteraal gerehydrateerd worden. Wanneer dehydratie op klinische gronden wordt geconstateerd, dient het kind in het ziekenhuis te worden behandeld tot het gerehydrateerd is. Daarna kan het zeker thuis verder worden behandeld. Gelukkig neemt het aantal gedehydrateerde kinderen bij acute gastro-enteritis af, doordat huisartsen in de beginfase thuis de zoutverliezen met de diarree behandelen met glucose/elektrolyten-oplossingen.

Amsterdam, april 1985

J.A.J.M. TAMINIAU

Wij danken de collegae Koot en Van den Broek voor hun reactie. Het is een misverstand te denken dat wij het WHO-beleid ten aanzien van orale rehydratie zouden afwijzen. Integendeel, wij propageren juist het gebruik van eenvoudige suiker-zoutoplossingen om dehydratie te behandelen, en dan liefst de sachets waarbij slechts water hoeft worden toegevoegd, omdat uit onderzoek gebleken is, dat hiermee de minste fouten gemaakt worden. Intraveneuze vochttoediening is geïndiceerd bij ernstige gevallen van dehydratie met beginnende shock en zal in circa 10-20% van de gevallen nodig zijn. De door ons beschreven patiënt bevond zich in een levensgevaarlijke situatie, niet door de dehydratie, maar door de hypernatriëmie als gevolg van zoutintoxicatie. Onzes inziens is de situatie in Nederland en Angola niet vergelijkbaar. Intraperitoneale vochttoediening lijkt hier niet wenselijk.

Rest nog te vermelden dat uiteraard niet elke diarree in het ziekenhuis behandeld dient te worden, maar dat een kind met dehydratie wel in het ziekenhuis thuishoort, daar uitdroging, vooral voor het jonge kind, nog steeds een bedreiging voor het leven vormt.

Amsterdam, april 1985

E.A. FLIERS

### *Immunologisch onderzoek van biopten van patiënten met colitis; een diagnostische vooruitgang?*

Naar aanleiding van het artikel van Giard (1985; 54-5) dat wij met belangstelling hebben gelezen, willen wij de volgende opmerkingen maken.

1. Bij een patiënt met colitis moet eerst nagegaan worden of er sprake is van acute „infectueuze” colitis of chronische idiopathische colitis. Op klinische en histologische gronden is een dergelijk onderscheid soms moeilijk. Bij chronische idiopathische colitis moet nagegaan worden in hoeverre het gaat om de ziekte van Crohn of colitis ulcerosa.

2. Ten aanzien van het plasmacelpatroon van colonbiopten van patiënten met acute „infectueuze” colitis is de literatuur eenduidig: er wordt een sterke toename van IgA-dragende plasmacellen gevonden, terwijl het aantal IgG-dragende plasmacellen niet toeneemt.<sup>1,2</sup> Bij actieve chronische idiopathische colitis wordt behalve de toename van IgA-dragende plasmacellen vooral een toename van IgG-dragende plasmacellen gezien. Deze toename correleert met de ziekte-activiteit.<sup>3</sup>

3. Wat betreft het plasmacelpatroon bij de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa ligt de problematiek ingewikkelder. Allereerst zijn er meer onderzoeken in de literatuur

verschenen dan de drie die door Giard worden genoemd.<sup>4-8</sup> Enkele onderzoekers vinden geen significante verschillen tussen beide ziekten,<sup>2,4</sup> anderen stellen een relatieve toename van IgM-dragende plasmacellen vast in biopten bij de ziekte van Crohn.<sup>5-9</sup> Opvallend hierbij is dat bij patiënten met de ziekte van Crohn van het colon ook in de histologisch niet afwijkende colonsegmenten en ook in duodenum en maag het relatieve aantal IgM-dragende plasmacellen is toegenomen.<sup>10,11</sup> Discrepanties in de opgegeven aantallen IgA-, IgM- en IgG-dragende plasmacellen berusten op een aantal factoren, zoals het aantal onderzochte patiënten, ontbreken van correlatie met de graad van ontstekingsactiviteit, het gebruikte fixatief en de gebruikte immunohistochemische en kwantitatieve methode. Een belangrijk nadeel van het geciteerde onderzoek van Scott et al. is dat gebruik gemaakt wordt van formaline gefixeerde biopten waarmee inconsistente resultaten worden verkregen en met name IgG-dragende plasmacellen niet betrouwbaar kunnen worden aangetoond.<sup>12-14</sup>

4. Op de waarde van het plasmacelpatroon bij allergische proctitis is in het geheel niet ingegaan.<sup>15</sup>

Uit het bovenstaande blijkt dat kwantitatieve verschillen in plasmacelpatronen tussen de verschillende groepen patiënten kunnen worden aangetoond. De waarde van plasmaceltypering voor de classificatie van de individuele patiënten met colitis is tot op heden niet in een prospectief onderzoek nagegaan, voornamelijk omdat dit multicentrisch onderzoek vereist, dat zich over 3 tot 5 jaar zal uitstrekken. Een dergelijk onderzoek heeft echter ook nooit bij patiënten met dunne-darmziekten plaatsgevonden, terwijl daarbij plasmaceltypering een geaccepteerd feit is.

Op grond van bovenvermelde literatuurbevindingen en onze eigen ervaringen bij meer dan 2.000 patiënten menen wij dat op dit moment plasmaceltypering een additioneel hulpmiddel kan zijn bij de differentiaaldiagnose acute infectieuze colitis en actieve chronische inflammatoire darmaandoening, alsmede bij de diagnose allergische proctitis. Daarenboven kan plasmaceltypering naast de gebruikelijke klinische en morfologische criteria bijdragen aan de histologische diagnose ziekte van Crohn of colitis ulcerosa, hetgeen van belang is voor klinisch handelen.

#### LITERATUUR

- 1 Scott BB, Goodall A, Stephenson P, Jenkins OO. Rectal mucosal plasma cells in inflammatory bowel disease. *Gut* 1983; 24: 519-24.
- 2 Spreeuwel JP van, Lindeman J, Meijer CJLM. Plasma cells in acute infectious colitis, differential diagnosis with chronic inflammatory bowel disease. *J Clin Pathol*. Ter perse.
- 3 Keren DF, Appelman HD, Dobbins WO, et al. Correlation of histopathologic evidence of disease activity with the presence of immunoglobulin containing cells in the colons of patients with inflammatory bowel disease. *Hum Pathol* 1984; 15: 757-63.
- 4 Skinner JM, Whitehead R. The plasma cells in inflammatory disease of the colon; a quantitative study. *J Clin Pathol* 1974; 27: 643-6.
- 5 Green FHY, Fox H. The distribution of mucosal antibodies in the bowel of patients with Crohn's disease. *Gut* 1975; 16: 125-31.
- 6 Meuwissen SGM, Feltkamp-Vroom ThM, Brutel de la Rivière A, Borne AEGKr von dem, Tytgat GNJ. Analysis of the lymphoplasmocytic infiltrate in Crohn's disease with special reference to lymphocyte subpopulations. *Gut* 1976; 17: 770-80.
- 7 Brandtzaeg P, Baklien K. Immunoglobulin containing cells in the intestine in health and disease. *Clin Gastroenterol* 1976; 5: 251-69.
- 8 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.
- 9 Spreeuwel JP van, Meijer CJLM, Rosekrans PCM, Lindeman J. Immunoglobulin containing cells in gastrointestinal pathology, diagnostic application. *Pathol Annu*. Ter perse.
- 10 Spreeuwel JP van, Lindeman J, Wal AM van der, Weterman 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.

- 11 Meijer CJLM, Rosekrans PCM, Lindeman J. B cell system and Crohn's disease. In: Pena AS, et al., eds. *Developments in gastroenterology*. Vol. I. Recent advances in Crohn's disease. Den Haag: Martinus Nijhoff, 1981: 87-102.
- 12 Piris J, Thomas ND. A quantitative study of the influence of fixation on immunoperoxidase staining of rectal mucosal plasma cells. *J Clin Pathol* 1980; 33: 361-4.
- 13 Heycoorth MF. Influence of two different fixatives on the identification of plasma cells in human rectal mucosa. *J Histochem Cytochem* 1980; 28: 1018-20.
- 14 Bosman FT, Lindeman J, Kuiper G, Wal AM van der, Kreuning J. The influence of fixation on immunoperoxidase staining of plasma cells in paraffin sections of intestinal biopsy specimens. *Histochemistry* 1977; 53: 57-62.
- 15 Rosekrans PCM, Meijer CJLM, Wal AM van der, Lindeman J. Allergic proctitis, a clinical and immunopathological entity. *Gut* 1980; 21: 1017-23.

Maastricht,  
Amsterdam,  
Delft,  
Leiderdorp, maart 1985

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

Dank aan de collegae Van Spreeuwel, Meijer, Lindeman en Rosekrans voor hun reactie. Steeds vaker wordt benadrukt hoe belangrijk het is diagnostische methoden zorgvuldig op hun waarde te toetsen gezien de consequenties die fout-positieve en fout-negatieve uitslagen kunnen hebben. De problemen waarmee rekening moet worden gehouden zijn vele.<sup>1</sup> Eigen ervaringen en die van anderen met fout-positieve uitslagen en de consequenties daarvan zijn aanleiding geweest tot het schrijven van het commentaar. De strekking ervan is, dat in het onderzoek met betrekking tot plasmaceltypering onvoldoende nuancering van de resultaten is aangegeven en dat er bovendien een aantal aspecten nog niet of te weinig is onderzocht.

Naar aanleiding van het in de brief van Van Spreeuwel c.s. gestelde de volgende opmerkingen.

Ad 1. Geheel juiste opmerking, maar welk argument vormt dit voor plasmaceltypering?

Ad 2. Dat de factoren tijdsverloop en intensiteit van het ziekteproces van invloed zijn op het plasmacelpatroon werd reeds in het commentaar vermeld, juist met de bedoeling het plasmacelpatroon daaraan en minder aan een specifiek ziektebeeld te relateren. Acute diarree wordt meestal niet op grond van biopten gediagnosticeerd. Eén van de fout-positieve uitslagen waarmee wij werden geconfronteerd, betrof een patiënt met *Salmonella*-colitis die ten onrechte op grond van plasmacelpatroon als ziekte van Crohn werd geïdentificeerd en behandeld.

Ad 3. Uit deze opmerkingen blijkt dat reproduceerbaarheid van zowel de uitvoering als de resultaten van de test zo beperkt is, dat daarmee niet voldaan is aan een belangrijke voorwaarde bij kwaliteitstoetsing van een diagnostische test.<sup>2</sup>

Ad 4. Hierop is niet ingegaan, omdat dezelfde methodologische bezwaren gelden als voor andere entiteiten.

Er kunnen best verschillen bestaan in ontstekingskenmerken van verschillende ziekten. Onderzoek ernaar en toepassing als diagnostisch kenmerk vereisen grote zorgvuldigheid. Zolang onderzoek naar de plasmaceltypering als diagnosticum bij colitis niet is uitgevoerd op de wijze zoals in o.a. onderstaande literatuur aangegeven, moet de zin in de voorlaatste alinea van bovenstaande brief over literatuurbevindingen en ervaringen met meer dan 2000 patiënten, niet als wetenschappelijke argumentatie worden opgevat.

#### LITERATUUR

- 1 Ransohoff DF, Feinstein AR. Problems of spectrum and bias in evaluating the efficacy of diagnostic tests. *N Engl J Med* 1978; 299: 926-30.

## *Corticosteroiden bij de behandeling van ernstige buiktyfus*

Het commentaar van Wetsteyn (1985; 390-2), waarin zij onder meer het artikel bespreekt van Hoffman et al. over de behandeling van ernstige buiktyfus met chlooramfenicol en hoge doses dexamethason,<sup>1</sup> heb ik met aandacht gelezen. Ook al omdat het onderzoek op Java plaatsvond, waar ik vóór en na de invoering van de chlooramfenicoltherapie vele patiënten met buiktyfus heb behandeld.

Wetsteyn wijst er terecht op dat het geven van corticosteroiden na de 2e ziekteweek ernstige risico's meebrengt. Het voornaamste risico is een darmbloeding. Bij een vroeger in Djakarta verricht onderzoek kwam een darmbloeding voor bij 7 van 100 met chlooramfenicol behandelde salmonellosepatiënten (77 met buiktyfus, 19 met paratyfus A, 3 met paratyfus B, 1 met paratyfus C); 2 van hen overleden.<sup>2</sup> In het onderzoek van Hoffman et al. deed zich bij 6 van de 18 patiënten die met dexamethason werden behandeld een darmbloeding voor, en slechts bij 1 van de 8 patiënten uit de placebogroep. Een darmbloeding bij 1 op 3

patiënten is mijns inziens een te groot risico. De ervaring leert dat een grote darmbloeding bij een tyfuspatiënt dodelijk kan verlopen, ook al wordt er veel bloed getransfundeerd.

In Hoffmans onderzoek was de gemiddelde ziekte duur vóór opname bij de patiënten van de studiegroepen lang. Hoe lang die duur was bij de 225 overige patiënten wordt helaas niet vermeld. Vroeger was het natuurlijk ook opgevallen dat vele tyfuspatiënten pas laat werden opgenomen; ongeveer 10% in de 1e ziekteweek, 50% in de 2e week en 40% na de 2e week. Het kwam dan ook nogal eens voor dat een patiënt bij opname in het amfibole stadium verkeerde. Vermoedelijk is de gemiddelde ziekte duur vóór opname in vele landen van Azië en Afrika ook nu nog lang en is deze lange duur één van de voornaamste oorzaken van de nog steeds hoge sterfte aan buiktyfus in deze landen. Dit geeft dan tevens aan op welke wijze deze hoge sterfte zonder enig risico verlaagd kan worden.

### LITERATUUR

<sup>1</sup> Hoffman SL, Punjabi NH, Kumala S, et al. Reduction of mortality in chloramphenicol-treated severe typhoid fever by high-dose dexamethasone. N Engl J Med 1984; 310: 82-8.

<sup>2</sup> Loe Ping Kian, Smitskamp H, Tan Hing Thay, Wielenga DK. De behandeling van salmonellosen met chloromycetine. Ned Tijdschr Geneeskd 1954; 98: 921-4.

Amstelveen, april 1985

P.J. ZUIDEMA

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Onderzoeksubsidies van de Stichting „Voeding Moeder en Kind”*

Deze Stichting die sinds 1982 voedingskundig onderzoek stimuleert in de derde wereld met gelden van het ministerie van Buitenlandse Zaken, de Europese Gemeenschap, het Produktschap voor Zuivel en Nederlandse Zuivelondernemingen, stelt voor 1985 circa f 200.000,- ter beschikking voor twee onderzoekprogramma's. Deze zullen betrekking moeten hebben op de voeding van jonge kinderen in stedelijke gemeenschappen.

Voor nadere informatie kan men zich wenden tot dr. W.Y. Aalbersberg, secretaris van de Stichting „Voeding Moeder en Kind”, Postbus 20, 6710 BA Ede, tel. 08380-19013.

### *Oost-West-researchfonds*

De Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie (NVMP), aangesloten bij „International Physicians for the Prevention of Nuclear War” (IPPNW) nodigt onderzoekers uit een aanvraag voor subsidie te doen bij het zg. International Research Project Fund. Dit fonds is onlangs door

IPPNW ingesteld en bedoeld om onderzoek te stimuleren dat gericht is op het verbeteren van de communicatie en van het begrip tussen Oost en West, op het gebied van de (medische) aspecten van kernbewapening. In principe worden subsidies tot een bedrag van \$ 5000,- toegekend, mogelijk gemaakt door de gelden verbonden aan de UNESCO-vredesprijs, die in oktober 1984 aan IPPNW is toegekend.

Voorstellen dienen te voldoen aan een aantal voorwaarden: zij moeten in het Engels zijn opgesteld; het onderwerp mag in principe elk aspect van kernbewapening zijn, maar dient wel in het kader van de Oost-West-verhoudingen geplaatst te zijn.

Aanvragen dienen in vijfvoud te worden ingediend en o.a. te omvatten: een beschrijving van het project; enige informatie over de onderzoekers; een gespecificeerde begroting, waarin wordt aangegeven welke andere financieringsbronnen of -mogelijkheden aanwezig zijn. Aanvragen zullen, indien zij akkoord zijn bevonden door de NVMP, worden voorgelegd aan een internationale wetenschappelijke jury, die tijdens het congres van IPPNW in Budapest, op 1 juli aanstaande haar besluiten bekend zal maken.

Nadere inlichtingen verstrekt J.M.P. Weerts, secretaris buitenland NVMP, Postbus 9108, 6500 HK Nijmegen.