

moeders van deze twee vrouwen (indien nog in leven) klinisch en serologisch onderzocht zijn en zo ja, met welke resultaten;

– de serologische resultaten bij de moeders beïnvloed werden door de antiluetische therapie;

– de kinderen uit genoemde zwangerschappen gezond geboren zijn.

Tevens zou het nuttig zijn kennis te kunnen nemen van het exacte moment van screening en van behandeling van deze patiënten en van de resultaten van klinische en serologische controle bij de pasgeboren kinderen. Wanneer deze gegevens wel vermeld waren geweest, zou de eerder genoemde kosten-batenanalyse aan kracht hebben gewonnen.

Overigens lijkt het mij in principe beter soortgelijke studies prospectief uit te voeren en de kosten-batenanalyse niet alleen te laten hangen van de door de behandelende artsen gestelde diagnoses, bijv. door onafhankelijke deskundigen alle door de behandelende artsen gestelde diagnoses te laten natrekken.

Rotterdam, april 1985

E. STOLZ

Collega Stolz stelt terecht dat wij in ons artikel een definitie hadden moeten geven van lues latens recens. De bij ons gebruikelijke en ook voor dit onderzoek gehanteerde definitie luidt: Positieve luesserologie bij afwezigheid van klinische huid- en (of) slijmvliesafwijkingen; anamnestic of epidemiologisch moment van acquisitie korter dan twee jaar geleden.

De klinische gegevens van de 4 gravidarum bij wie door de behandelend arts de diagnose nieuwe lues werd gesteld, werden weggelaten om het artikel zo kort mogelijk te houden. De volgende gegevens zijn beschikbaar:

– Patiënte A, geboren 1959; Surinaamse, in Nederland sinds 1975; laatste menstruatie eind januari 1982. Bij serologisch routine-onderzoek tijdens de eerste prenatale controle bleken de VDRL en TPHA positief. Tevens werd bij dit eerste bezoek een gonokokkeninfectie vastgesteld, welke behandeld werd. Verwijzing volgde naar de polikliniek dermatologie van een academisch ziekenhuis. Serologie d.d. 02-06-'82: VDRL 1 : 8, TPHA positief, FTA positief, TPI positief; d.d. 25-06-'82: VDRL 1 : 16, TPHA positief. Patiënte kreeg 3 × 2,4 milj. E benzathinebenzylpenicilline (Penidural). De serologie verliep daarna als volgt: 20-07-'82: VDRL 1 : 8, TPHA positief; 17-05-'83: VDRL negatief, TPHA positief; 17-04-'84: VDRL negatief, TPHA positief; 05-06-'84: VDRL negatief, TPHA positief. Diagnose: Lues latens recens zeer waarschijnlijk.

– Patiënte B, geboren 1953; Nederlandse. In april 1983 verwezen naar de polikliniek dermatologie van een academisch ziekenhuis wegens positieve luesreacties (VDRL 1 : 32, TPHA positief, FTA positief) bij een graviditeit van 15½ week. Bij lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. De diagnose werd gesteld op lues latens recens en patiënte werd behandeld met 3 × 2,4 milj. E benzathinebenzylpenicilline. De serologie verliep daarna als volgt: 23-06-'83: VDRL 1 : 64, TPHA positief; 02-08-'83: VDRL 1 : 32, TPHA positief; 14-09-'83: VDRL 1 : 16, TPHA positief; 24-10-'83: VDRL 1 : 8, TPHA positief; 14-03-'84: VDRL negatief, TPHA positief. Diagnose: Lues latens recens.

– Patiënte C, geboren in 1949; Surinaamse die sinds 19 jaar in Nederland woont. In maart 1983 werd patiënte verwezen naar de polikliniek dermatologie van een academisch ziekenhuis wegens positieve luesreacties bij een graviditeit van 18 weken. Geen seksueel overdraagbare aandoeningen

(SOA) in de anamnese. Serologie d.d. 12-04-'83: VDRL 1 : 8, TPHA positief. De vaste partner bleek bij bloedonderzoek VDRL- en TPHA-negatief. Patiënte kreeg 3 × 2,4 miljoen E benzathinebenzylpenicilline. Het serologische beloop was daarna als volgt: 17-06-'83: VDRL 1 : 8, TPHA positief, FTA positief; 25-08-'83: VDRL 1 : 4, TPHA positief; 27-12-'83: VDRL 1 : 4, TPHA positief. Diagnose: Lues latens tarda of recens, hetzij een endemische treponematose.

– Patiënte D, geboren 1962; Marokkaanse; laatste menstruatie augustus 1982. Bij de eerste prenatale controle (in een Amsterdams ziekenhuis) bleek de VDRL 1 : 8, TPHA positief. Geen SOA in de anamnese. Cervixkweek op gonokokken bleek negatief; wel werden een trichomoniasis en een candidiasis vastgesteld. Patiënte kreeg 2 × 2,4 milj. E benzathinebenzylpenicilline. De serologie verliep daarna als volgt: 16-11-'82: VDRL 1 : 4, TPHA positief, FTA positief; 14-12-'82: VDRL 1 : 4, TPHA positief; 15-02-'83: VDRL 1 : 4, TPHA positief. Patiënte onttrok zich vervolgens aan verdere controle en ging naar Marokko. Diagnose: Lues latens tarda of recens, hetzij een non-venerische treponematose.

Bij de kosten-batenanalyse werden alleen de eerste 2 patiënten meegerekend. Het is overigens juist dat bij dit retrospectieve onderzoek nogal wat klinische gegevens niet meer te achterhalen bleken te zijn. Mede op verzoek van de Gezondheidsraad zal dit onderzoek in Amsterdam vanaf 1 januari 1985 worden herhaald, waarbij elk kwartaal de gegevens van gravidarum met positieve luesreacties bij de betreffende artsen zullen worden opgevraagd. Getracht zal worden zoveel mogelijk follow-upgegevens te verzamelen. In andere regio's van Nederland is een dergelijk onderzoek eveneens aan te bevelen.

Amsterdam, mei 1985

R.A. COUTINHO  
F. JANSEN SCHOONHOVEN  
TH. VAN DER HELM

### *Streptokokkentonsillitis behandelen of niet behandelen?*

In het artikel van Zanen (1985; 579-80) wordt in (te) kort bestek de altijd actuele diagnose en therapie van streptokokkentonsillitis behandeld. Met de therapeutische benadering kunnen wij het niet eens zijn. Dat antibiotica uitsluitend weloverwogen dienen te worden gegeven zal niemand tegenspreken. De stelling dat antibiotica niet geïndiceerd zijn, omdat het verloop van de ziekte meestal mild is en zelden aanleiding geeft tot complicaties, wordt echter niet door literatuur ondersteund (de schatting van 10-30% is zonder referentie) en is te generaliserend. Bovendien zal bij patiëntjes met flinke koorts en (of) die een zieke indruk maken een afwachtende houding moeilijk verklaarbaar zijn, indien wel complicaties optreden.

Bezwaar moet ook tegen het gestelde in de laatste alinea worden gemaakt. Het „meest werkzame” middel is niet penicilline. Erytromycine is zeker even werkzaam, hetgeen ook door de auteur impliciet wordt toegegeven als hij het even verder als alternatief naast penicilline plaatst.

De laatste zin roept ernstige bezwaren op wat betreft de zorgvuldigheid waarmee de therapie in dit artikel is beschreven. Er is in Nederland en-zelfs in West-Europa geen melding van resistentie van streptokokken tegen erytromycine. Zeer recente gegevens uit met name de Scandinavische literatuur (waar erytromycine zeer veel wordt toegepast) alsmede mondelinge mededelingen uit de Nederlandse

bacteriologische praktijk wijzen op het gedeelte, nl. dat erytromycine onverminderd werkzaam is tegen streptokokken met inbegrip van type A-streptokokken.<sup>1,3</sup>

#### LITERATUUR

- 1 Renkonen OV. Antibacterial activity of nine oral antibiotics against *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* and *Branhamella catarrhalis*. Scand J Infect Dis (Suppl) 39: 106-8.
- 2 Forsgren A, Walder M. Activity of common antibiotics against *Branhamella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*, pneumococci, group A streptococci and *Staphylococcus aureus* in 1983. Acta Otolaryngol (Stockh) 1984; 407: 43-9.
- 3 Antibiotic sensitivity of *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* and *Branhamella catarrhalis* isolated from upper respiratory tract infections in Sweden. Scand J Infect Dis (Suppl) 1983; 39: 100-5.

Amstelveen, april 1985

J.L. LAUFER

Sedert het werk van Wannamaker, Rammelkamp en vele anderen wordt meestal aangenomen dat ongeveer een derde van de patiënten met pharyngitis *Streptococcus pyogenes* groep A in de keel draagt en dat ongeveer de helft van hen op dat moment een infectie doormaakt die tot titerstijging tegen streptokokken leidt;<sup>1,2</sup> de andere helft was toevallig drager. Het percentage nieuwe acquisities van groep A-streptokokken in de keel dat met symptomen gepaard gaat, kan van serotype tot serotype verschillen, maar een schatting van 10-30% lijkt niet ver bezijden de realiteit.<sup>3,4</sup>

Uit het bekende onderzoek in Voorhout kon aannemelijk worden gemaakt dat slechts 15% van de patiënten met pharyngitis ten gevolge van een streptokokkeninfectie zich tot de huisarts richt.<sup>5,7</sup> De complicaties acuut reuma en glomerulonephritis deden zich gedurende dat onderzoek voor bij patiënten die tevoren de huisarts niet consulteerden. Deze complicaties komen in de huidige Nederlandse situatie zelden voor en kunnen daarom niet gelden als argument voor het vroegtijdig met antibiotica behandelen van streptokokkentonsillitis. De reden dat aan penicilline bij de behandeling van streptokokkeninfecties meestal de voorkeur wordt gegeven boven (het eveneens werkzame) erytromycine is niet zozeer het geringe verschil in minimum remmende concentratie (0,01-0,05 mg/l resp. 0,03-0,25 mg/l) als wel de prijs en het feit dat *S. pyogenes* tegen erytromycine wel, maar tegen penicilline tot dusverre niet resistent blijkt te (kunnen) worden.<sup>8</sup> Deze resistentieproblemen bij erytromycine deden zich o.a. voor in Canada, de V.S. en Japan en berusten op de eigenschap van erytromycine om zowel bij stafylokokken als bij streptokokken

aanleiding te geven tot „gedissocierde resistentie” die reeds aantoonbaar is na 40 minuten groei in een medium dat erytromycine bevat.<sup>9-11</sup> Resistentie bij streptokokken komt ook in vivo reeds na een korte behandeling voor en zou volgens Malke overdraagbaar kunnen zijn via plasmiden.<sup>12,13</sup> Het feit dat men in Nederland en de Scandinavische landen volgens collega Laufer deze problemen niet heeft gesignaleerd, betekent dan ook niet dat ze niet zullen voorkomen en is wellicht een gevolg van het „weloverwogen” gebruik in deze landen van erytromycine als een werkzaam „tweede-keus”-middel bij de behandeling van (ernstige vormen van) streptokokkentonsillitis.

#### LITERATUUR

- 1 Wannamaker LW. Perplexity and precision in the diagnosis of streptococcal pharyngitis. Am J Dis Child 1972; 124: 352-8.
- 2 Rammelkamp CH. Epidemiology of streptococcal infections. Harvey lectures 1955-1956; 51: 113.
- 3 Srámek J, Bošmanský K, Chnapková M, et al. Naturally acquired typespecific (anti-M) antibodies to group A streptococci in children. In: Holm SE, Christensen P, eds. Basic concepts of streptococci and streptococcal diseases. Chertsey (Surrey): Reedbooks Ltd., 1982: 31.
- 4 Zanen HC, Ganor S, Toorn MJ van. Continuous study of hemolytic streptococci in throats of normal children, adults and aged men. Am J Hyg 1959; 69: 265-73.
- 5 Bots AW. De keelontsteking in de huisartspraktijk. Leiden, 1965. Proefschrift.
- 6 Goslings WRO, Valkenburg HA, Bots AW, et al. Attack rates of streptococcal pharyngitis, rheumatic fever and glomerulonephritis in the general population. I. A controlled pilot study of streptococcal pharyngitis in one village. N Engl J Med 1963; 268: 687-94.
- 7 Valkenburg HA, Goslings WRO, Bots AW, et al. Attack rates of streptococcal pharyngitis, rheumatic fever and glomerulonephritis in the general population. II. The epidemiology of streptococcal pharyngitis in one village during a two-year period. N Engl J Med 1963; 268: 694-701.
- 8 Garrod LP, Lambert HP, O'Grady F. Antibiotic and chemotherapy. 5th ed. London: Churchill Livingstone, 1981.
- 9 Dixon JMS, Lipinski AE. Infections with beta-hemolytic streptococcus resistant to lincomycin and erythromycin and observations on zonal-pattern resistance to lincomycin. J Infect Dis 1974; 130: 351.
- 10 Sanders E, Foster MT, Scott D. Group A beta-haemolytic streptococci resistant to erythromycin and lincomycin. N Engl J Med 1968; 278: 538.
- 11 Markyama S, Yoshioka H, Fujita K, et al. Sensitivity of group A streptococci to antibiotics. Am J Dis Child 1979; 133: 1143.
- 12 Harrison GAJ, Stross WP, Rubin MP, et al. Resistance in oral streptococci after repeated three-dose erythromycin prophylaxis. J Antimicrob Chemother 1985; 15: 471-9.
- 13 Malke H, Jacob HE, Störl K. Characterization of the antibiotic resistance plasmid ERL 1 from *Streptococcus pyogenes*. J Mol Gen Genet 1976; 144: 333-8.

Amsterdam, april 1985

H.C. ZANEN

## BOEKAANKONDIGINGEN

D. TÖNNIS, *Die angeborene Hüftdysplasie und Hüftluxation im Kindes- und Erwachsenenalter*. Grundlagen, Diagnostik, konservative und operative Behandlung. 464 bl., 1160 fig., 49 tabellen. Springer-Verlag, Berlijn 1984. Prijs: geb. DM. 258,-.

De auteur beschrijft alle problemen van diagnostiek en conservatieve en operatieve behandelingsmogelijkheden van de aangeboren heupluxatie. Er wordt uitvoerig op de ontwikkeling van de normale en pathologisch veranderde heup ingegaan. Het „natuurlijke” beloop wordt beschreven en gedocumenteerd en daaruit wordt de mogelijke behan-

deling afgeleid. De biomechanische aspecten van het heupgewricht worden door de co-auteur H. Legal behandeld.

Zowel conservatieve als operatieve behandelingsvormen zijn goed gedocumenteerd en geïllustreerd. De persoonlijke ervaring van de auteur komt duidelijk naar voren zonder dat het boek te persoonlijk wordt.

Samenvattend mogen we van een standaardwerk spreken dat een goed overzicht geeft van diagnostiek en behandeling van deze belangrijke orthopedische afwijking. Controversiële behandelingsvormen worden kritisch geanalyseerd.

R.K. MARTI