

## 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)

### *Gardnerella vaginalis* in routinekweken van materiaal van de regio genitalis

Graag wil ik reageren op het artikel van collega Sturm (1985; 791-3). Met de gevolgde methode van onderzoek en de conclusies die hieraan worden verbonden, ben ik het volstrekt oneens. De aanbeveling om kweken in te zetten van fluor vaginalis ten einde de diagnose niet-specifieke vaginitis te kunnen stellen, druist mijns inziens in tegen het gezond verstand en brengt bovendien een niet te verdedigen stijging van de kosten van onderzoek met zich mee.

Het is te betreuren, dat collega Sturm uitspraken doet, aan de hand van overigens prijzenswaardig onderzoek, die totaal niet in overeenstemming zijn met recente literatuurgegevens. Dat *Gardnerella vaginalis* ook bij symptoomloze vrouwen in een aanzienlijk percentage kan worden geïsoleerd en dat in geval van Trichomonasinfecties ook vaak *G. vaginalis* wordt geïsoleerd, is reeds bekend. Ten onrechte echter bestempelt Sturm het fenomeen „clue cell” als diagnostisch van weinig waarde. De clue cell wordt in het algemeen als pathognomonisch voor niet-specifieke vaginitis beschouwd.<sup>1,2</sup> Een overigens meer wetenschappelijke benaming voor de bedoelde aandoening is „bacteriële vaginosis”<sup>3</sup> (of *G. vaginalis*-geassocieerde vaginitis, „clue cell positive discharge”).<sup>4</sup> In de door Sturm beschreven methode wordt in een Gram-preparaat, bij een vergroting van 1000 ×, gezocht naar clue cells, een aanbeveling die onjuist is. De aanwezigheid van clue cells dient te worden vastgesteld in een direct (natief, nat) preparaat bij vergrotingen van 200-400 ×.

Dat de aanwezigheid van *G. vaginalis* vaak waarschijnlijk weinig te betekenen heeft, adstrueert Sturm aan de hand van de bevinding, dat tegelijkertijd vaak andere pathogenen (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*) aanwezig zijn. Er is inderdaad vrij zelden sprake van reïnculturen van *G. vaginalis*. Veel vaker echter dan *T. vaginalis* en *N. gonorrhoeae* worden (andere) anaërobe micro-organismen geïsoleerd.<sup>3</sup> Aan het belang van anaëroben is door Sturm in zijn onderzoek volledig voorbijgegaan! De behoefte, die Sturm signaleert, aan meer duidelijkheid over de rol van *G. vaginalis* bij infecties van de tractus genitalis en over de voorspellende waarde van clue cells kan mijns inziens grotendeels worden ondervangen door een nauwgezet onderzoek van de uitgebreide literatuur.

De aanbeveling van Sturm, om door middel van kweken van fluor vaginalis de diagnose niet-specifieke vaginitis te stellen, dient met kracht bestreden te worden, omdat ze de diagnostiek van „abnormale vaginale afscheiding”, vooral in de eerstelijnsgezondheidszorg, tot een farce maakt. Indien enige ervaring bestaat met microscopisch onderzoek van fluor vaginalis, is de medicus practicus in het merendeel der gevallen in staat om tot een afgeronde diagnose te komen! Het kweken van fluor vaginalis dient om deze (en eerder genoemde) redenen in principe achterwege te blijven, uitzonderingen daar gelaten.

<sup>3</sup> Spiegel CA, Davick P, Totten PA, et al. *Gardnerella vaginalis* and anaerobic bacteria in the etiology of bacterial (non-specific) vaginosis. Scand J Infect Dis 1983; 540: 41-6.

<sup>4</sup> Meijden WI van der. Clinical aspects of *Gardnerella vaginalis*-associated vaginitis. In: Mårdh P-A, Taylor-Robinson D, eds. Bacterial vaginosis. Stockholm: Almqvist and Wiksell, 1984: 135-41.

Rotterdam, mei 1985

W.I. VAN DER MEIJDEN

Naar aanleiding van en in aanvulling op het artikel van Sturm (1985; 791-3) het volgende. Met niet-specifieke vaginitis (NSV) wordt van oudsher een aandoening van de vagina aangeduid die aanleiding geeft tot (overmatige) fluor, waarin geen klassiek pathogeen micro-organisme (*Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae* of *Chlamydia trachomatis*) kan worden aangetoond. Velen hebben de fluor in de afgelopen decennia onderzocht en vele micro-organismen zijn (mede)verantwoordelijk gesteld voor het ontstaan van het ziektebeeld. Gardner timmerde het hardst aan de weg.<sup>1</sup> Hij bereikte dat de door hem in dit verband ontdekte *Haemophilus vaginalis* (later naar hem *Gardnerella* genoemd)<sup>2</sup> nog altijd in één adem genoemd wordt met NSV. Nimmer echter is er een causaal verband aangetoond tussen *G. vaginalis* en NSV. Het is de verdienste van Spiegel et al. geweest om NSV te karakteriseren aan de hand van de specifieke zeer constant voorkomende symptomen, te weten (gemodificeerd):<sup>3</sup>

- Homogene, pasteus-adherente, wit-grijze, sterk riekende fluor.
- Zuurgraad van de fluor tussen 4,5 en 6 (normaal minder dan 4) en een positieve amine-test.
- Clue cells en opvallend weinig leukocyten en lactobacillen in het microscopisch preparaat.
- Gaaf (niet-ontstoken) vagina-epitheel in speculo.<sup>4</sup>

Bij NSV is er een verstoring van het vaginale milieu, vaak zonder aanwijsbare oorzaak, waarbij allerlei commensale micro-organismen (waaronder ook *Gardnerella*) zich vermenvuldigen. De specifieke symptomen worden waarschijnlijk veroorzaakt door de overgroei van anaëroben.<sup>3</sup> Een therapie gericht tegen deze anaëroben (bijv. 2 gram metronidazol op dag 1 en 3)<sup>5</sup> bewerkstelligt snel een herstel van de oorspronkelijke flora.

Ook Sturm toonde in zijn onderzoek aan dat er geen verband bestaat tussen de aanwezigheid van *G. vaginalis* en enige klachten en verschijnselen, laat staan die van NSV. Bovendien vond hij geen verband tussen het isoleren van *G. vaginalis* en de aanwezigheid van clue cells of de afwezigheid van leukocyten en lactobacillen in het microscopisch preparaat. De conclusie dat de voorspellende waarde van microscopisch onderzoek in de diagnostiek van NSV gering is, mag hier uiteraard niet uit getrokken worden. NSV is voor de bacterioloog nog altijd (zoals de naam aangeeft) een diagnose per exclusionem. De clinicus zal het ziektebeeld aan enkele van de bovenbeschreven symptomen echter snel herkennen, zodat (dure) kweken van alle bekende pathogene micro-organismen, die Sturm in zijn slotconclusie noodzakelijk acht, zelden geïndiceerd zijn.<sup>4</sup>

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Gardner HL, Dukas CD. New etiologic agent in nonspecific bacterial vaginitis. Science 1954; 120: 853-5.

<sup>2</sup> Greenwood JR, Pitchett MJ. Transfer of *Haemophilus vaginalis* to a new genus *Gardnerella*: *Gardnerella vaginalis*. Int J Syst Bact 1980; 30: 170-8.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Balsdon MJ. *Gardnerella vaginalis* and its clinical syndrome. Eur J Clin Microbiol 1982; 1: 288-93.

<sup>2</sup> Holmes KK, Spiegel C, Amsel R, et al. Nonspecific vaginosis. Scand J Infect Dis 1981; 526: 110-4.

- <sup>3</sup> Spiegel CA, Amsel DR, Eschenbach D, et al. Anaerobic bacteria in nonspecific vaginitis. *N Engl J Med* 1980; 303: 601-7.
- <sup>4</sup> Fleury FJ. The clinical signs and symptoms of Gardnerella-associated vaginosis. *Scand J Infect Dis* 1983; suppl 40: 71-2.
- <sup>5</sup> Høvik P. Nonspecific vaginitis in an outpatient clinic. Comparison of three dosage regimens of metronidazole. *Scand J Infect Dis* 1983; suppl 40: 107-10.

Amsterdam, april 1985

D.J. VAN WIJK

Uit mijn conclusie dat het noodzakelijk is professioneel laboratoriumonderzoek (kweken) te doen ter uitsluiting van bekende pathogenen van de tractus genitalis om de diagnose niet-specifieke vaginitis (NSV) met zekerheid te kunnen stellen, leiden de collegae Van der Meijden en Van Wijk af dat ik van mening ben dat dat ook bij alle patiënten met abnormale vaginale afscheiding noodzakelijk is. Dat is echter niet het geval, hetgeen moge blijken uit het caput selectum dat kort geleden in dit tijdschrift is verschenen.<sup>1</sup> Het is als met urineweginfecties: de diagnose kan alleen met zekerheid worden gesteld door bacteriologisch laboratoriumonderzoek, maar dat betekent niet dat in de algemene praktijk ook van iedere patiënt een kweek moet worden verricht. Evenals bij de urineweginfecties kan bij patiënten met fluor vaginalis microscopisch onderzoek door de clinicus van nut zijn. Daarbij is het echter van meer belang *Trichomonas vaginalis* en gistinfecties uit te sluiten dan clue-cellen te zoeken. In analogie daarmee is het bij onderzoek door kweken noodzakelijk optimale methoden voor de herkenning van bekende pathogenen toe te passen, terwijl de isolatie van *Gardnerella vaginalis* van dubieuze betekenis moet worden geacht.

Ten aanzien van de opmerkingen van collega Van der Meijden over de naam van het syndroom, de rol van *G. vaginalis* en van andere micro-organismen verwijs ik kortheidshalve naar het hiervoor genoemde caput. Dat geldt ook ten aanzien van de rol van de door collega Van Wijk opgesomde criteria van Spiegel bij de diagnostiek van NSV.

Tot slot meen ik dat de opmerking van collega Van der Meijden, dat het verrichten van kweken bij NSV moet worden bestreden een omkering van de argumentatie inhoudt. Diagnostiek in de eerste lijn moet worden bevorderd als dit een wezenlijke bijdrage aan de herkenning van ziektebeelden levert en niet uitsluitend om het feit dat het methoden betreft die door de eerste lijn kunnen worden uitgevoerd. Juist in de laatste situatie maakt men deze handelingen tot een farce.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Sturm AW, Lammes FB, Zanen HC. Niet-specifieke vaginitis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 985-9.

Roermond, mei 1985

A.W. STURM

### *Landelijke Verloskundige Registratie: bevaling in stuitligging*

Naarmate meer medische gegevens in geautomatiseerde systemen worden verzameld, zal de neiging toenemen deze gegevens in de een of andere vorm te publiceren. Het artikel van Meuwissen en Reijnders (1985; 693-5) is het eerste resultaat van de Landelijke Verloskundige Registratie en waarschijnlijk zullen er nog vele volgen.

De vraag wat de zin is van gegevensverzamelingen, anders dan het voorhouden van een spiegel aan de artsen die gegevens zelf verschaffen, is niet zo gemakkelijk te beantwoorden. De gevolgtrekkingen die men uit het artikel van

Meuwissen en Reijnders kan halen (helaas ontbreekt een beschouwing), zijn vele. De vraag is echter wat de relevantie ervan is. De ruimte ontbreekt die vraag hier in detail te beantwoorden, maar tot een schokkende ontdekking zal niemand zijn gekomen. Van belang is wel dat de conclusies gebaseerd zijn op een doorsnee van het beleid in Nederland. De variantie van dat beleid wordt niet aangegeven, noch kan de lezer zich enige indruk vormen over het effect van het beleid. Daarom lijkt mij de betekenis van getalsmatige analyses als deze uiterst beperkt.

„Sprokkelen” in gegevensverzamelingen heeft weinig zin. Wanneer de gegevens kunnen dienen voor het beantwoorden van een zinvolle vraag is dat iets anders. Die vraagstelling, een voorwaarde voor elk wetenschappelijk onderzoek, ontbreekt echter in dit artikel.

Groningen, mei 1985

H.J. HUISJES

Collega Huisjes stelt een belangrijke vraag aan de orde: „Wat is de zin van gegevensverzamelingen, anders dan het voorhouden van een spiegel aan de artsen die die gegevens zelf verschaffen?” Werkelijk rendement van de Landelijke Verloskundige Registratie (LVR), in de zin van invloed op beleidsveranderingen en dergelijke, kan pas na jaren tot uiting komen. Wat dit betreft, zijn wij het gaarne met collega Huisjes eens. Wat betreft de zin van het „sprokkelen” in het LVR-bos van verloskundige gegevens verschillen wij van mening. Op de eerste plaats zou het „sprokkelen” collegae die aan het verzamelen van gegevens meedoen, kunnen motiveren en anderen die (nog) niet meedoen tot deelname kunnen stimuleren. Op de tweede plaats: evenmin als collega Huisjes zijn wij tot schokkende ontdekkingen gekomen. Wel zijn we een aantal „aardige” dingen tegengekomen die ons dagelijks werken toch iets hebben beïnvloed. Onze bijdrage is niet bedoeld en gebracht als wetenschappelijke activiteit. Ook niet zuiver wetenschappelijke bezigheden kunnen zinvol zijn.

Eindhoven, mei 1985

J.H.J.M. MEUWISSEN  
F.J.L. REIJNDERS

### *Endometriose, predispositie en preventie*

Berger en Kroeks geven een helder overzicht van, overigens reeds lang bekende, theorieën over de etiologie van endometriose; tevens geven zij adviezen voor de preventie van endometriose (1985; 737-40). In een aantal van deze adviezen wordt gewezen op de kans op retrograde versleping van endometriumcellen, vooral indien gynaecologische ingrepen plaatsvinden rond de menstruatie. Het is echter bekend dat vrijwel iedere vrouw retrograad menstrueert,<sup>1</sup> zonder dat dit bij ieder van hen aanleiding geeft tot endometriose. Bovendien laat onderzoek uit onze kliniek zien dat juist bij ingrepen in de preovulatoire fase van de cyclus, waarbij de uterus holte en tubae doorgespoeld worden met een vloeistof, vitale endometriumcellen in de vrije buikholtte komen.<sup>2</sup> In deze fase is de prolifererende capaciteit van het endometrium het grootst ten gevolge van het groeistimulerend effect van 17 $\beta$ -estradiol. Uit deze observatie blijkt dat diagnostische ingrepen in deze fase van de cyclus waarschijnlijk meer kans op versleping met zich meebrengen dan wanneer dit onderzoek vlak voor de menstruatie gebeurt.

In het artikel van Berger en Kroeks wordt gesteld dat endometriose bijna altijd progressief verloopt. Dit hebben wij allen inderdaad zo geleerd. De vraag blijft echter of dit