

- ³ Spiegel CA, Amsel DR, Eschenbach D, et al. Anaerobic bacteria in nonspecific vaginitis. *N Engl J Med* 1980; 303: 601-7.
- ⁴ Fleury FJ. The clinical signs and symptoms of Gardnerella-associated vaginosis. *Scand J Infect Dis* 1983; suppl 40: 71-2.
- ⁵ 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.¹ 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

- ¹ 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,¹ 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.² In deze fase is de prolifererende capaciteit van het endometrium het grootst ten gevolge van het groeistimulerend effect van 17 β -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

waar is. Op dit moment loopt een prospectief, gerandomiseerd onderzoek in verscheidene klinieken, waarbij patiënten met laparoscopisch aangetoonde endometriose onderverdeeld worden in groepen die (a) medicamenteus, (b) chirurgisch of (c) niet behandeld worden. Alleen op deze wijze is te bewijzen of endometriose een progressief verlopende ziekte is of niet.

Onze reactie is niet bedoeld als kritiek op het lezenswaardige artikel, maar als een aanvulling en een bijdrage in de discussie over deze veel voorkomende ziekte bij vrouwen.

LITERATUUR

¹ Blumenkrantz MJ, Gallagher N, Bashore RA, Tenckhoff H. Retrograde menstruation in women undergoing chronic peritoneal dialysis. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 667-70.

² Willemsen WNP, Mungyer G, Smets H, Rolland R, Vemer H, Jap J. Behavior of cultured glandular cells obtained by flushing of the uterine cavity. *Fertil Steril* 1985; 43 (ter perse).

Nijmegen, mei 1985

W.N.P. WILLEMSSEN
A.M.H.W. FRANSSSEN
H.M. VEMER
P. JAP
T. MUNGYER
R. ROLLAND

Gaarne danken wij de collegae Willemsen et al. voor het commentaar bij ons artikel. Dat endometriumcellen op alle momenten van de cyclus in de buik kunnen komen na manipulatie, was ons bekend. Theoretisch gezien zou enting van cellen tijdens de door ons zo genoemde periofolatoire oestrogenendouche waarschijnlijk lijken. In de literatuur wordt er geen gewag van gemaakt. Wij kijken dan ook uit naar de resultaten van het door Willemsen et al. genoemde onderzoek, ook ten aanzien van de progressie van endometriose, welk onderzoek zich overigens over een lengte van jaren zal moeten uitstrekken.

Breda, mei 1985

L.W.A.R. BERGER
M.V.A.M. KROEKS

De aansprakelijkheid van de arts bij het voorschrijven van Tegretol

Hetgeen geschreven is in dit tijdschrift (1985; 607-8) over de aansprakelijkheid van de arts bij het voorschrijven van carbamazepine (Tegretol) noopt mij tot het weergeven van mijn uitgesproken mening in deze. De omschrijving van het optreden van de immunologische vorm van agranulocytose als „peracuut, als een dief in de nacht” berust op incomplete waarneming meest van oudere datum: de agranulocytose optredend bij de beruchtste groep middelen, de pyrazolon-derivaten (het best bekend als de Pyramidon-agranulocytose). Ik heb aannemelijk gemaakt dat een dergelijk acuut optreden van de Pyramidon-agranulocytose alleen dan en na kortstondig gebruik optreedt, als reeds door een voorafgaande gebruikperiode een sensibilisatie is opgetreden, zich geuit hebbende in granulocytopenie of agranulocytose.¹ Als het middel niet eerder werd gebruikt, zal deze bijwerking geleidelijker ontstaan. Dit is ook logisch omdat er voor het ontwikkelen van antilichamen bij dit immunologische proces tijd nodig is. Door laboratoriumcontrole (telling van leukocyten én differentiatie) is de agranulocytose te ontdekken vóór zich klinische manifestaties hebben voorgedaan. Zo is deze dief gewoon overdag in de kraag te vatten.

Agranulocytose van immunologische genese gedraagt zich steeds op de door mij beschreven wijze. Door uitvoerige bestudering van de vele in de literatuur beschreven patiënten met agranulocytose door gebruik van thyreostatica is mij gebleken dat we daarbij dezelfde karakteristiek vinden. Hetzelfde geldt ook bijv. voor de Levamisol-agranulocytose. Het voert in het kader van dit schrijven te ver alle kenmerken en variaties van de immunologische agranulocytose te beschrijven.

Naar mijn mening dient de arts, die middelen voorschrijft waarvan het bekend is dat zij agranulocytose kunnen veroorzaken, goed op de hoogte te zijn van de immunologische ontstaanswijze ervan en is hij verplicht passende laboratoriumcontrole uit te oefenen dan wel deze controle toe te vertrouwen aan een arts die wel over de vereiste kennis en ervaring beschikt.

LITERATUUR

¹ Boersma JW. Preventie van agranulocytose tijdens het gebruik van pyrazolon-derivaten, in het bijzonder van aminofenazon (Pyramidon). *Ned Tijdschr Geneesk* 1973; 117: 376-83.

Arnhem, mei 1985

J.W. BOERSMA

Pijn in de buik en nachtelijk zweten, een bijzondere combinatie

Met veel interesse heb ik de klinische les van Slingerland et al. (1985; 721-4) gelezen. Ik wil gaarne het volgende er aan toe voegen.

De beide beschreven patiënten toonden een ziektebeeld arm aan fysisch-diagnostische bevindingen, in het bijzonder vonden de auteurs slechts summiere afwijkingen aan de buik. Tevens vermeldden zij het zeer zelden voorkomen van peritonitis tuberculosa in Nederland. Gedurende een enkele maanden durend bezoek aan een ziekenhuis te Djakarta, heb ik twee gevallen van peritonitis tuberculosa gezien, wat daar niet zeldzaam is (exacte cijfers zijn mij niet bekend). De diagnose stelde men aldaar op het klinische beeld (algemene malaise, koorts, nachtelijk zweten, vermagering en andere aspecifieke klachten), op het vinden van hobbelige weerstanden, verspreid over het abdomen, met een doorsnede van enkele millimeters, vast-elastisch aanvoelend, los van de bovenlaag en vast aan de onderlaag, die wegens het (sterke) vermagerd zijn eenvoudig te palperen waren, op het ascitesonderzoek (kweek, proteïnegehalte), en op de verbetering van de patiënt nadat enkele dagen tuberculostatika waren toegediend.

Een ook daar zelden voorkomend beeld van tuberculose betreft de volgende patiënt. Op de eerstehulpafdeling verscheen een jongeman van 23 jaar, in shock wegens bloedend ulcus duodeni, hetgeen met endoscopie bevestigd werd. Daar de bloeding niet te stoppen was, werd laparotomie verricht, waarbij een tumor van het caput pancreaticum werd gevonden met doorgroei in het duodenum. Er volgde een resectie volgens Billroth II, met medenemen van een deel van de pancreas. Bij pathologisch-anatomisch onderzoek bleek het te gaan om een tuberculeus proces van het caput pancreaticum met doorgroei tot in het duodenum.

Amsterdam, april 1985

N.M. GOEDKOOP

Een aanvulling op de interessante klinische les over peritonitis tuberculosa van Slingerland et al. (1985; 721-4) vanuit een tropenpraktijk: het ziektebeeld kan zich voor-