

Teken kunnen het beste verwijderd worden door er enkele druppels nagellak⁶ of sterke drank³ op te laten vallen en daarna met pincet of met beschermde vingers (kledingstuk of papier) voorzichtig extractie uit de huid te doen. Snelle verwijdering is noodzakelijk omdat overdracht in enkele uren plaatsvindt. Andere door teken overgedragen ziekten zijn arbovirusinfecties (hemorragische koorts, encefalitis), Borrelia-infecties (febris recurrens), spirochetosen (Lyme-artritis en meningoradiculoneuritis), babesiose en tularemie.

SUMMARY

Boutonneuse fever, contracted at a camp site in the South of France. – A man aged 33 years returned from a camp site in the South of France with boutonuse fever, a rickettsiosis transmitted by ticks. Removal of ticks from domestic animals with the unprotected hand in endemic areas such as

the South of France may lead to the disease. The Netherlands National Institute of Public Health and Environmental Hygiene has established an average of 4 cases per year in The Netherlands in the last 6 years by serotesting.

LITERATUUR

- 1 Woodward THE. The rickettsioses. In: Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, Petersdorf RG, Wilson JD, eds. Harrison's principles of internal medicine. 9th ed. Tokyo: McGraw-Hill Kogakusha, 1980; 746-59.
- 2 Sexton DJ. Rickettsiae. In: Joklik WK, Willett HP, Amos DB, eds. Zinsser microbiology. 17th ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1980: 918-37.
- 3 Woodward WE, Hornick EB. Rickettsiosis. In: Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, eds. Principles and practice of infectious diseases. New York: J. Wiley and Sons, 1979: 1508-14.
- 4 Lambert M, Dugernier Th, Bigaignon G, et al. Mediterranean spotted fever in Belgium. Lancet 1984; ii: 1038.
- 5 Staszewsky S, Helm EB, Stille W. Autochthonic Mediterranean spotted fever in West Germany. Lancet 1984; ii: 1466.
- 6 Sherman WT. Polishing off ticks. N Engl J Med 1983; 309: 992.

Januari 1985

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Is te voorspellen of een toekomstige insektesteek een gegeneraliseerde reactie zal geven?

P.J. BLAAUW EN L.O.M.J. SMITHUIS

De laatste tijd bereiken ons veel vragen over de waarde van de insektegif-specifieke IgE- en IgG-spiegel en de huidproef met insektegif voor de voorspelbaarheid van een gegeneraliseerde reactie bij een toekomstige insektesteek. Een soortgelijke vraag betreft de betekenis van deze bepalingen voor de mate waarin na immunotherapie met insektegif hyposensibilisatie is opgetreden.

Daarom hebben wij een onderzoek verricht naar de waarde van bovengenoemde bepalingen: ongeveer 100 patiënten bij wie een gegeneraliseerde reactie bij een volgende insektesteek in sterke mate werd vermoed (richtlijnen „American Academy of Allergy Committee on Insects”, 1981) zijn door ons onder intensive care-omstandigheden onderworpen aan een insektesteek ter provocatie. De conclusies van ons onderzoek zijn:¹

1. Het gif-specifieke IgE was niet aantoonbaar. ($\leq 0,25$ Phadebas Rast Units/ml serum) bij twee patiënten, die na een wespesteek in ernstige shock raakten (bloedmonsterafname juist voorafgaand aan de steek).

2. De huidproef met bijegif volgens een opstijgende dosis was negatief bij één overgevoelige patiënt, die na een bijesteek in ernstige shock raakte.

3. Op grond van de bije- of wespegif-specifieke IgE- en IgG-spiegel in het serum of de ratio IgG/IgE kon geen onderscheid worden gemaakt tussen op de provocatie wel en niet-allergisch reagerende patiënten (bloedmonsterafname juist voor provocatie).

4. De uitkomst van de huidproef met toenemende hoeveelheid van insektegif leidde evenmin tot onderscheid tussen op de provocatie wel en niet-reagerende patiënten.

5. De ernst van de reactie na de voorafgaande steek was anamnestic niet verschillend voor de groepen op de provocerende steek wel-, respectievelijk niet-allergisch reagerende patiënten.

6. Tijdens de desensibilisatie met insektegif daalde de gif-specifieke IgE-spiegel, na een aanvankelijke stijging, gemiddeld tot op of onder het aanvangsniveau, terwijl de gif-specifieke IgG-spiegel gemiddeld hoger bleef dan het aanvangsniveau. Sommige patiënten bleken evenwel zonder stijging van hun gif-specifieke IgG-spiegel bij een na 5 tot 8 maanden herhaalde provocatieve steek beschermd te zijn.

Ook anderen vermelden dat, in geval van een ernstige gegeneraliseerde allergische reactie na een steek, het insektegif-specifieke IgE (met de door de onderzoeker gebruikte meettechniek) niet per se verhoogd, of de huidproef met gif positief hoeft te zijn.^{2,3} Ten aanzien van het insektegif-specifieke IgG spreken verschillende auteurs de veronderstelling uit, dat er een beschermend IgG-titer bestaat.^{4,7} Zo meent Valentine, dat een gif-specifieke IgG-antilichaam-spiegel van $>3 \mu\text{g/ml}$ serum een zeer grote

St. Lambertus Ziekenhuis, Postbus 98, 5700 AB Helmond.

P.J. Blaauw, longarts; dr. L.O.M.J. Smithuis, klinisch chemicus.

Correspondentie-adres: dr. L.O.M.J. Smithuis.

kans op bescherming geeft.⁴ Bousquet et al. menen, dat een serum-IgG-concentratie van 150 U/ml (Phadebas-IgG-Rast) moet worden bereikt tijdens de immunotherapie met insektegif.⁶ (Overigens is het erg moeilijk, bij het ontbreken van een internationale gif-specifieke IgG-standaard, de door de onderzoekers gevonden waarden met elkaar te vergelijken.)

Onzes inziens is het niet mogelijk om aan de hand van anamnese, huidproef en gif-specifieke IgE- en IgG-spiegels, de mate van bescherming te bepalen tegen een toekomstige steek. Vermoedelijk is er nog een andere (niet immunologische?) component in het spel (bijvoorbeeld het kinine-systeem), welke de mate van de klinische reactie van een patiënt op een insektesteek bepaalt.^{8,9}

Concluderend moeten wij stellen dat een duidelijk voorspellende waarde van anamnese, huidproef, gif-specifieke IgE- en IgG-spiegels voor wat betreft het opnieuw optreden van een gegeneraliseerde reactie na een insektesteek, vooralsnog moet worden ontkend.

Beleid bij syfilis

P.C. VAN VOORST VADER, E.CH.M.J. WOLTERS, R.V.W. VAN EIJK, J.J.E. VAN EVERDINGEN, W.R. FABER, E.J. KRAAI EN E. STOLZ

Als aanvulling op de informatieve artikelen van de collegae Bos en Notowicz over het beleid bij patiënten met syfilis,^{1,2} zouden wij het volgende willen opmerken:

– Het advies van de Amerikaanse Centers for Disease Control (CDC) om lues I en II en de vroege lues latens te behandelen met benzathinebenzylpenicilline (Penidural),³ wordt door Bos overgenomen. Hij ziet ook af van een zg. afsluitende lumbaalpunctie bij de beëindiging van de nacontrole. Notowicz accepteert het advies als praktisch, maar zet vraagtekens omdat benzathinebenzylpenicilline (BBP) geen treponemacide spiegel in de liquor cerebrospinalis geeft. Een probleem is dat het CDC-advies niet stevig is onder-

LITERATUUR

- 1 Blaauw PJ, Smithuis LOMJ. The evaluation of the common diagnostic methods of hypersensitivity for bee and yellow jacket venom by means of an in hospital insect sting. *J Allergy Clin Immunol* 1985; 75: Ter perse.
- 2 Ratnoff OD, Nessel HL. Wasp sting anaphylaxis. *Blood* 1983; 61: 132-9.
- 3 Parker JL, Santrach PJ, Dahlberg MJE, Yunginger JW. Evaluation of Hymenoptera-sting sensitivity with deliberate sting challenges: inadequacy of present diagnostic methods. *J Allergy Clin Immunol* 1982; 69: 200-7.
- 4 Valentine MD. Insect venom allergy: diagnosis and treatment. *J Allergy Clin Immunol* 1984; 73: 299-304.
- 5 Golden DBK, Meyers DA, Kagey-Sobotka A, Valentine MD, Lichtenstein LM. Clinical relevance of the venom-specific immunoglobulin G antibody level during immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol* 1982; 69: 489-93.
- 6 Bousquet J, Ménardo J, Aznar R, Robinet-Lévy M, Michel F. Clinical and immunological survey in beekeepers in relation to their sensitization. *J Allergy Clin Immunol* 1984; 73: 332-40.
- 7 Urbanek R, Krauss U, Ziupa J, Smedegård G. Venom-specific IgE and IgG-antibodies as a measure of the degree of protection in insect-sting-sensitive patients. *Clin Allergy* 1983; 13: 229-34.
- 8 Neuman-Ishay JS, Creter D. Hyperreactivity to bee stings: re-evaluation. *Ann Allergy* 1983; 50: 410-2.
- 9 Golden DBK, Kagey-Sobotka A, Gadde J, Valentine MD, Lichtenstein LM. Is venom immunotherapy forever? *J Allergy Clin Immunol* 1985; 75: 209.

April 1985

bouwd door onderzoek. Vroegere onderzoeken suggereren zelfs mislukking van behandeling, bij lues II vaker dan bij lues I, kort na eenmalige toediening van 2,4 ME BBP i.m.⁴ Dat is wellicht mede een reden dat Bos ter behandeling van lues I, II en vroege lues latens (minder dan 2 jaar tevoren geacquireerd) 2,4 ME BBP i.m. op dag 1, 8 en 15 adviseert. Het CDC-advies luidt namelijk: eenmalige toediening van 2,4 ME BBP i.m. bij vroege syfilis (lues I, II en lues latens minder dan 1 jaar tevoren geacquireerd); behandeling met 2,4 ME BBP i.m. op dag 1, 8 en 15 voor elke syfilis die meer dan 1 jaar tevoren is geacquireerd, inclusief cardiovasculaire syfilis maar met uitzondering van neurosyfilis. Uit een Deens onderzoek bleek dat de symptomatische neurosyfilis bij 36 patiënten in de jaren 1971 tot 1979 op twee na niet een gevolg waren van falen van antibiotische behandeling, maar van achterwege blijven van die behandeling.⁵ Toentertijd behandelde men in Denemarken syfilis in alle stadia voornamelijk met procainebenzylpenicilline in olie met aluminiummonostearaat (PAM) of procainebenzylpenicilline (Depocilline), waarmee over het algemeen geen treponemacide spiegel in de liquor cerebrospinalis wordt verkregen.^{6,7} De resultaten van een Zweeds onderzoek wijzen er op dat eventuele meningeale prikkelingsverschijnselen veroorzaakt door vroege lues (minder dan 2 jaar tevoren geacquireerd) kunnen verdwijnen na behandeling met penicilline i.m., ook al geeft de behandeling geen meetbare spiegel in de liquor cerebrospinalis.⁸

Academisch Ziekenhuis, afd. Dermatologie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

P.C. van Voorst Vader en E.J. Kraai, dermatologen.

Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit, Amsterdam.

Dr. E.Ch.M.J. Wolters, neuroloog.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Bilthoven.

R.V.W. van Eijk, biochemicus.

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

J.J.E. van Everdingen, dermatoloog.

Ziekenhuis „De Lichtenberg”, Amersfoort.

Dr. W.R. Faber, dermatoloog.

Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam.

Prof.dr. E. Stolz, dermatoloog.

Correspondentie-adres: P.C. van Voorst Vader.