

## 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)

### Cardiovasculaire afwijkingen bij het syndroom van Marfan; een echocardiografisch onderzoek

Met veel interesse heb ik het artikel betreffende cardiovasculaire afwijkingen bij het syndroom van Marfan gelezen (1985; 688-93). Het viel mij op dat de diagnostische waarde van de hydroxyproline-uitscheiding in de urine onbesproken was gelaten. Gaat het hier om een bewust weglaten of om een omissie? Mede in verband met de differentiële diagnostiek vind ik het jammer dat in de literatuurverwijzing het artikel van collega Delemarre-van de Waal et al. niet was vermeld.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Delemarre-van de Waal HA, Benthem LHBM van, Bleeker-Wagemakers EM. Congenitale contracturele arachnodactylie. Ned Tijdschr Geneeskd 1980; 124: 348-51.

Arnhem, april 1985

J.C. MULDER

Dank voor uw commentaar op ons artikel. Een verhoogde uitscheiding van hydroxyproline in de urine is bij het syndroom van Marfan noch obligaats, noch specifiek en geeft in het algemeen weinig steun bij het stellen van de diagnose. Daar het niet de bedoeling van het artikel was in te gaan op de differentiële diagnostiek van het Marfan-syndroom, was verwijzing naar de eerste beschrijving in Nederland van het Beals-syndroom door de collegae Delemarre et al. niet relevant.

Leiden, mei 1985

H.A.Y. DRAULANS-NOË  
J.J.P. VAN DE KAMP

### Niet-specifieke vaginitis

Graag wil ik reageren op het caput selectum van de collegae Sturm, Lammes en Zanen (1985; 985-9). Terecht wordt nog weer eens de aandacht gevraagd voor een zeer vaak voorkomende aandoening, die dikwijls niet herkend en (of) onjuist behandeld wordt.

Bij het bespreken van de diagnostiek van niet-specifieke vaginitis (NSV) wordt de nadruk gelegd op het grote belang van microscopisch onderzoek van de vaginale fluor. De suggestie – tussen de regels – dat van een fasencontrastmicroscopie gebruik gemaakt zou moeten worden, kan ik niet onderschrijven. Lichtmicroscopisch onderzoek leidt, zeker als enige ervaring is verkregen, in het merendeel der gevallen tot opsporing van de diverse pathogenen. Ook „clue cells” kunnen zonder al te veel moeite worden herkend.<sup>1</sup>

Het was vollediger geweest als de auteurs bij het bespreken van „waar naar gezocht wordt” in het microscopische preparaat (granulocyten, *Trichomonas vaginalis*, gistcellen e.d.) ook melding hadden gemaakt van de bacillen van Döderlein, aangezien de aanwezigheid van een lactobacillaire flora in het algemeen wijst op fysiologische fluor. De herkenning van genoemde flora maakt het makkelijker te besluiten tot de diagnose „abnormale afscheiding” en

vereenvoudigt bovendien het beoordelen van het effect van de behandeling.

Of de afwezigheid van granulocyten een criterium moet zijn bij het stellen van de diagnose NSV valt te bezien. Het is weliswaar zo, dat in het „typische” geval (wit-grijze, homogene, adherente fluor) nauwelijks of geen leukocyten in het directe preparaat worden aangetroffen, maar NSV kent, evenals trouwens vaginale candidiasis en trichomoniasis, een breed klinisch spectrum. Bovendien kan de aanwezigheid van leukocyten in het microscopische preparaat zeer wel berusten op bijmenging van leukocyten uit de cervix uteri.

De mededeling van de auteurs dat een bij NSV passende S/L-ratio ook vaak wordt gezien bij patiënten met trichomoniasis, gonorrhoe en Chlamydia-infecties is belangwekkend. De hieraan verbonden conclusie, namelijk de ondergeschikte rol van anaërobe bacteriën bij NSV, lijkt mij onjuist. In de tractus genitalis kunnen verschillende infecties naast elkaar bestaan. Bij patiënten met gonorrhoe en trichomoniasis bijvoorbeeld worden vaak „clue cells” in de vaginale fluor aangetroffen. Het grote belang van anaëroben bij de pathogenese van NSV is vrijwel algemeen aanvaard.

De aanbeveling van de auteurs om bij het ontbreken van klachten bij NSV geen behandeling in te stellen behoeft enige relativisering. Het is niet onwaarschijnlijk dat vooral vrouwen bij wie de aandoening al langere tijd bestaat, gewend zijn geraakt aan hun iets overvloedige afscheiding (inlegkruisjes). Niet zelden zal na afdoende therapie de mededeling volgen dat – achteraf gezien – toch het één en ander niet in orde was. De auteurs pleiten voor – voorlopige – handhaving van de term „niet-specifieke vaginitis”, omdat deze weliswaar onjuiste term ingeburgerd is. Er zijn mijns inziens goede redenen om deze naam niet meer te gebruiken, maar te vervangen door „bacteriële vaginose”.<sup>2</sup>

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Meijden WI van der. Niet-specifieke vaginitis. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 54-7.  
<sup>2</sup> Weström L, Ewaldson G, Holmes KK, et al. Taxonomy of vaginosis; bacterial vaginosis – a definition. In: Mårdh P-A, Taylor-Robinson D, eds. Bacterial vaginosis. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1984; 259-60.

Rotterdam, juni 1985

W.I. VAN DER MEIJDEN

De opmerking van collega Van der Meijden ten aanzien van de bruikbaarheid van de lichtmicroscopie is juist, hoewel toepassing van een fasencontrastmicroscopie de herkenning van de verschillende celsoorten vereenvoudigt. Ongevoelendheid vermindert de betrouwbaarheid van alle microscopische waarnemingen. Dat geldt ook voor het onderscheiden van lactobacillen van andere vaginale bacteriesoorten. De betekenis van de aan- of afwezigheid van leukocyten is inderdaad twijfelachtig.<sup>1</sup> Het veelvuldig voorkomen van verschillende infecties bij één patiënt werd door ons besproken. Vooral dit gegeven beperkt de waarde van uitsluitend microscopische diagnostiek.<sup>1</sup>

Dat anaëroben betrokken zijn bij het ontstaan of onderhouden van niet-specifieke vaginitis wordt door ons niet in