

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

- ¹ 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 obligaat, 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.¹

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”.²

LITERATUUR

- ¹ Meijden WI van der. Niet-specifieke vaginitis. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 54-7.
² 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.¹ Het veelvuldig voorkomen van verschillende infecties bij één patiënt werd door ons besproken. Vooral dit gegeven beperkt de waarde van uitsluitend microscopische diagnostiek.¹

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

twijfel getrokken. Wij leggen de nadruk op het ontbreken van inzicht in de plaats die deze bacteriesoorten hebben bij het ontstaan van dit syndroom. Hoewel gewinning het klachtenpatroon kan mitigeren, is bij ontbreken van enige klacht, ook na gerichte anamnese, een behandeling van uitsluitend microscopisch vastgestelde afwijkingen naar onze mening niet geïndiceerd.

LITERATUUR

¹ Sturm AW. *Gardnerella vaginalis* in routinekweken van materiaal van de regio genitalis. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 791-3.

Roermond, juni 1985

A.W. STURM
F.B. LAMMES
H.C. ZANEN

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Vaccinatie tegen influenza

Met het oog op het influenzaseizoen 1985-1986 moge ik u herinneren aan een aantal groepen patiënten met ziektebeelden waarvan is vastgesteld dan wel op theoretische gronden wordt aangenomen, dat zij oorzaak kunnen zijn van een verhoogd risico ten aanzien van influenza. De volgende groepen patiënten komen in dit verband voor vaccinatie in aanmerking:

1. Patiënten voor wie jaarlijks vaccinatie sterk wordt aanbevolen:

- Patiënten met afwijkingen en functiestoornissen van de luchtwegen en longen, zoals asthma bronchiale, chronische bronchitis, emfyseem, antracosilicose, longfibrose, mucoviscidose, alsmede ernstige vormen van kyfoscilose, neurologische ademhalingsstoornissen, status na longresectie, status na laryngectomie en cheilognathopalatoschisis.
- Patiënten met afwijkingen die (kunnen) leiden tot insufficiëntia cordis zoals doorgemaakt hartinfarct, angina pectoris, ritmestoornissen, klepgebreken en patiënten met chronische longstuwung.
- Patiënten, die moeilijk te reguleren chronische stofwisselingsziekten, zoals diabetes mellitus, hebben.
- Patiënten met chronische nierinsufficiëntie.
- Patiënten met chronische stafylokokkeninfecties van de huid of elders.

2. Patiënten voor wie vaccinatie te overwegen is:

- Patiënten met verminderde weerstand tegen infecties, zoals kan voorkomen bij hematologische nieuwvormingen, behandeling met cytostatica en radiotherapie. Indien bij deze patiënten tot vaccinatie wordt besloten, dient tweemaal gevaccineerd te worden; dit in verband met het feit dat bij deze patiënten het immuunapparaat vaak niet optimaal reageert. Tijdens een (dreigende) epidemie van een voor dit middel gevoelige influenza-stam kan worden overwogen aan deze patiënten ook nog amantadine te geven.

Met betrekking tot het influenzavaccin voor het seizoen 1985-1986 wordt de voorkeur uitgesproken voor het door de Wereldgezondheidsorganisatie aanbevolen trivalent vaccin van de volgende samenstelling:

- A/Philippines/2/82 (H₃N₂)-stam of een daarmee vergelijkbare stam;
- A/Chile/1/83 (H₁N₁)-stam of een daarmee vergelijkbare stam;
- B/USSR/100/83-stam of een daarmee vergelijkbare stam.

Het gebruik van vaccins die niet aan de voornoemde aanbevelingen voldoen, waaronder met name oude vaccins kunnen vallen, wordt dan ook niet geadviseerd. Indien de

expiratedatum van een „oud” vaccin nog niet is verstreken dient men zich er dan ook van te vergewissen dat de samenstelling ervan overeenkomt met die welke hierboven is aangegeven.

Aanbevolen wordt in november 1985 te vaccineren. In het algemeen wordt een éénmalige vaccinatie voor het seizoen 1985-1986 voldoende geacht. Omdat jonge kinderen (beneden de 6 jaar) nog nauwelijks met influenza-virus in aanraking zijn gekomen, wordt voor hen een tweede vaccinatie aanbevolen, 4 weken na de eerste. Alleen indien bij hen in een van de twee voorafgaande seizoenen ook vaccinatie heeft plaatsgevonden kan deze tweede vaccinatie vervallen.¹

Vele infecties van de bovenste luchtwegen die klinisch niet van influenza zijn te onderscheiden, maar die door andere micro-organismen dan influenza-virus worden veroorzaakt, doen bij het publiek gemakkelijk de mening postvatten dat weinig bescherming is te verwachten van de vaccinatie tegen influenza. Het kan dan ook van nut zijn degene die tegen influenza wordt gevaccineerd, erop te wijzen dat de vaccinatie niet tegen alle vormen van „griep” beschermt, maar uitsluitend tegen de echte influenza.

Amantadine

De Gezondheidsraadcommissie die jaarlijks adviseert over de vaccinatie tegen influenza vestigt de aandacht op de mogelijkheid om, in die gevallen waar tijdige vaccinatie verzuimd werd, toch onmiddellijke bescherming te bieden wanneer geïmmuniseerd wordt tijdens een (dreigende) epidemie.¹ Daartoe dient in aansluiting op de vaccinatie gedurende 10 dagen amantadine te worden toegediend. Vaststaat dat hierdoor, reeds voordat antistoffen worden gevormd, de gevaccineerde beschermd is tegen een infectie met influenza A-virus subtype H₁N₁, H₂N₂ of H₃N₂.

Dat influenza A-virussen van andere subtypen ook gevoelig zullen zijn, wordt wel aangenomen, maar is nog niet aangetoond. Amantadine is niet werkzaam tegen influenza B-virus. Voor dosering, bijwerkingen en contra-indicaties raadplege men het Geneesmiddelen Bulletin van 5 augustus 1981 (jaargang 15, nr. 11).

LITERATUUR

¹ Gezondheidsraadadvies inzake vaccinatie tegen influenza seizoen 1985-1986). Verslagen, Adviezen en Rapporten van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1985; nr. 09). Ter perse.

Leidschendam,
juni 1985

*De Geneeskundig Hoofdinspecteur
van de Volksgezondheid
w.g. W.J.CHR. VAN GESTEL*