

potentiële nadelen. De vrees van De Witte et al. voor een verhoogd risico van leukemierecidief na transplantatie stemt overeen met onze afwegingen. De waarneming dat 10 van hun 52 patiënten een recidief kregen, zegt in deze vorm niet veel bij een zeer heterogene patiëntengroep. Is dit getal hoger dan zonder T-celdepletie? Vele factoren bepalen de kans op een recidief na transplantatie. In welke fase van de ziekte werd de transplantatie verricht? Welke was de anti-leukemiebehandeling vóór de transplantatie? En om welke typen leukemie ging het?

In ons artikel hebben wij ons beperkt tot de klinische merites van T-celzuivering en bewust afgezien van een bespreking van de verschillende methoden die worden gebruikt voor het verwijderen van T-lymfocyten. Het viel buiten het kader van het artikel om in het bijzonder ook de in Nijmegen ontwikkelde methode te bespreken. Dit staat geheel los van de betekenis van dat onderzoek.

Inderdaad werd door ons niet verwezen naar een stuk van de briefschrijvers over hun klinische resultaten dat intussen verschenen is in het boek van een onlangs door ons georganiseerd internationaal congres over leukemie. Dat kon ook moeilijk. Het Nijmeegse manuscript moest nog tot stand komen toen ons artikel aan dit tijdschrift ter publikatie werd aangeboden.

B. LÖWENBERG
W. SIZOO
G. WAGEMAKER
K. SINTNICOLAAS
W. D. H. HENDRIKS
A. HAGENBEEK

Rotterdam, juni 1986

Luchtweginfecties bij patiënten in afdelingen voor intensieve behandeling; pathogenese en preventie

In dit artikel (1986; 854-8) wijzen de auteurs terecht op de veranderde inzichten in de pathogenese: exogene besmetting komt tegenwoordig veel minder vaak voor dan endogene besmetting vanuit de orofarynx.¹ Hierbij speelt de snelle kolonisatie van de orofarynx met Gram-negatieve ziekenhuisbacteriën een centrale rol. De vraag is nu of men pneumonieën kan voorkomen indien men kolonisatie van de orofarynx tegengaat door lokale applicatie van antibiotica. Refererend aan het onderzoek van Feeley et al.² (die een relatief lage dosis polymyxine in de orofarynx en in de trachea vernevelde) stellen Van der Waaij en Sluiter 'Van alle 292 in de orofarynx met polymyxine behandelde patiënten kreeg 64% een bacteriële bronchopneumonie, . . .' Dit is een onbegrijpelijke vergissing aangezien in het artikel staat: 'there were 11 patients (van de 292) who acquired pneumonia while in the unit. The incidence of acquired pneumonia was 3.8%.' Een ander misverstand bestaat omtrent de verwekkers van bacteriële bronchopneumonie, die - schrijven Van der Waaij en Sluiter - bij ongeveer 10% (van de patiënten) werd veroorzaakt door *Proteus* of *Serratia*. De overige verwekkers waren Gram-positief (stafylokokken of streptokokken).³ In het oorspronkelijke artikel staat echter: 'Ten out of a 11 cases of pneumonia were caused by (Gram-negatieve) organisms resistant to polymyxin. . . *Str. faecalis* was responsible for one case of pneumonia.'

Vervolgens vergelijken ze dit onderzoek met de door ons onderzochte methode¹ en stellen dat het percentage Gram-negatieve kolonisatie van de oropharynx (24%) vergelijkbaar is met dat in ons onderzoek (21%). In het onderzoek van Feeley et al. echter kwam bij 24% van de patiënten kolonisatie voor tijdens de behandeling, terwijl in ons onderzoek 21% van de patiënten bij opname gekoloniseerd was met Gram-negatieve bacteriën en er geen kolonisatie ontstond tijdens de behandeling. In ons onderzoek ontstond bij 3 van de 63 patiënten (4,8%)

een (broncho)pneumonie. In 298 kweken van trachea-aspiraats werd 14 maal een Gram-negatieve bacterie gevonden (< 5%).¹ In tegenstelling tot wat de auteurs beweren is de kans op fout-negatieve diagnoses dan ook gering.

Van der Waaij en Sluiter wijzen op het potentiële gevaar van resistentie-ontwikkeling door het gebruik van lokale antibiotica. Verworven polymyxine-resistentie is echter uiterst zeldzaam. Tobramycine-resistentie is eveneens zeldzaam (< 1%).³ Na meer dan 4 jaar continu gebruik van dit antibiotische regime bij meer dan 1000 patiënten en met nauwkeurige bacteriologische bewaking hebben wij kunnen vaststellen dat zich nog steeds geen selectie van resistente Gram-negatieve stammen heeft voorgedaan.

Van der Waaij en Sluiter maken bezwaar tegen tobramycine op grond van een mogelijke verstoring van de residente flora. Er zijn echter ook andere criteria waaraan een antibioticum zou moeten voldoen door lokale toepassing: (1) het moet niet-resorbabel zijn om de spiegels in de darm zo hoog mogelijk te houden, (2) het moet krachtig werkzaam zijn tegen 'probleembacteriën' in een intensive care-afdeling zoals *Pseudomonas* en *Acinetobacter*, (3) het moet zo min mogelijk geïnactiveerd worden door darminhoud.⁴ Er zijn weinig antibiotica die aan al deze eisen voldoen. De beste keus lijkt op dit moment tobramycine te zijn.⁵

In het licht van de enorme infectieproblemen in vele intensive care-afdelingen was het niet meer dan juist geweest indien de auteurs van dit caput selectum dit belangrijke onderwerp met grotere zorgvuldigheid en op een meer wetenschappelijke wijze besproken hadden.

LITERATUUR

- 1 Stoutenbeek ChP, Saene HKF van, Miranda DR, Zandstra DF. The effect of selective decontamination of the digestive tract on colonization and infection rate in multiple trauma patients. *Int Care Med* 1984; 10: 185-92.
- 2 Feeley TW, Du Moulin GC, Hedley-Whyte J, Bushnell LS, Gilbert JP, Feingold DS. Aerosol polymyxin and pneumonia in seriously ill patients. *N Engl J Med* 1975; 293: 471-5.
- 3 Stoutenbeek ChP, Saene HKF van, Miranda DR, Zandstra DF, Poel E van de, Langrehr D. Emergence of resistance against prophylactically used antibiotics is prevented by selective decontamination of the digestive tract. *Proceedings 14th International congress of chemotherapy, Kyotot 1985. Recent Adv Chemother* 2470-1.
- 4 Saene JJM van, Saene HKF van, Stoutenbeek ChP, Lerk CF. Influence of faeces on the activity of antimicrobial agents used for decontamination of the alimentary canal. *Scand J Infect Dis* 1985; 17: 295-300.
- 5 Hazenberg MP, Pennock-Schroder AM, Merwe JP van de. Binding to and antibacterial effect of aztreonam, temocillin, gentamicin and tobramycin on human faeces. *J Hyg (Camb)* 1985; 95: 255-63.

H. K. F. VAN SAENE
CH. P. STOUTENBEEK

Groningen, juni 1986

Behandelingsstrategie bij de ziekte van Parkinson herzien

In hun inleiding stellen de schrijvers dat men steeds minder vaak zal trachten de bij de ziekte aanwezige relatieve cholinerge overactiviteit te corrigeren met anticholinergica (1986; 914-20). Onzes inziens echter hebben anticholinergica zeker een plaats bij behandeling in een vroeg stadium van de ziekte en vooral bij jonge patiënten. De genoemde bijwerkingen, met als belangrijkste geheugen- en concentratiestoornissen, komen vooral voor bij oudere patiënten, verdwijnen weer na uitsluipen van het middel en het voorkomen ervan hangt tevens af van het gekozen anticholinergicum.

Wat amantadine betreft vonden Schwab et al. dat de werk-