

over pijn bij bewegen en 's nachts bij het slapen. Deze pijn is gelokaliseerd aan de anterosuperieure zijde van het gewricht en reageert slechts kort op plaatselijke injecties. Partiële acromionresectie, waarbij de subacromiale ruimte wordt vergroot, lijkt bij deze patiënten de meest doeltreffende ingreep met de minst schadelijke gevolgen te zijn, indien een conservatieve behandeling gedurende minstens een jaar heeft gefaald. Rupturen van de rotatorenmanchet bij jonge mensen dienen bij belangrijk functieverlies gehecht te worden. Deze ontstaan meest acuut na een adequaat trauma. Bij oudere patiënten ontstaan de rupturen als gevolg van bovenvermelde degeneratieve processen. Hoewel er voorstanders zijn van het simpele hechten van deze rupturen, lijkt het daarom belangrijk tegelijkertijd ook een partiële acromionresectie uit te voeren.³ De postoperatieve behandeling dient te bestaan uit een vroege mobilisatie van de schouder om adhesies te voorkomen en moet tot 8 à 12 weken postoperatief worden voortgezet.

De aandoeningen van de rotatorenmanchet lijken een gemeenschappelijke oorzaak te hebben en deze kunnen in een aantal gevallen met goed gevolg worden behandeld met een partiële acromionresectie.

LITERATUUR

- 1 Cofield RH. Rotator cuff disease of the shoulder. *J Bone Joint Surg (Am)* 1985; 67: 974-9.
- 2 Neer CS. Impingement lesions. *Clin Orthop* 1983; 173: 70-7.
- 3 Packer NP, Calvert PT, Bayley JJ, Kessel L. Operative treatment of chronic ruptures of the rotator cuff of the shoulder. *J Bone Joint Surg (Br)* 1983; 65: 171-5.

J. R. VAN HORN

Huid- en geslachtsziekten

Koude-urticaria en virusinfecties

Koude-urticaria ontstaat bij snelle temperatuurdaling door lokaal contact met bijvoorbeeld koud water of door algemene afkoeling (wind).¹ De diagnose kan op verschillende manieren worden geobjectiveerd, bijvoorbeeld door gedurende 10 minuten de huid van de arm af te koelen met een ijsblokje, door één of beide onderarmen onder te dompelen in een bad van 12°C terwijl de veneuze afvoer wordt belemmerd met een tourniquet of door de patiënt in schaarse kledij bloot te stellen aan een temperatuur van 4°C in een afgesloten ruimte.

De oorzaak van koude-urticaria is niet goed bekend. Verschillende virusinfecties zijn met koude-urticaria in verband

gebracht. De bekendste hiervan zijn mononucleosis infectiosa, hepatitis B en mazelen. In de meeste gevallen ontstond urticaria bij het begin van de infectie en verdween spontaan aan het eind. In enkele gevallen bleven de huidafwijkingen bestaan. Bij 4 van de 7 patiënten met chronische koude-urticaria na mononucleosis infectiosa konden cryoglobulinen worden aangetoond. Ook heeft men bij koude-urticaria aanwijzingen gevonden voor een verband tussen virusinfecties en een beginnend asthma bronchiale of atopisch eczeem.²

Doeglas et al. veronderstellen dat chronische koude-urticaria zou kunnen berusten op een inadequate reactie van het immuunstelsel op virusinfecties. Om deze hypothese te toetsen onderzochten zij opnieuw 39 van de 52 patiënten die zij in de afgelopen 12 jaar hadden gezien met koude-urticaria. Het betrof 14 mannen en 25 vrouwen, bij wie de symptomen gemiddeld 9,3 jaar bestonden. Over het algemeen was de ernst van de symptomen in de loop der jaren afgenomen, hetgeen ook bij hernieuwd onderzoek werd bevestigd. Bij 12 patiënten waren alle proeven negatief; 7 van hen hadden weliswaar nog klachten. De overige 5 werden als genezen beschouwd. Atopie werd niet in verhoogde mate gevonden. Bij slechts 4 patiënten werden op grond van tevoren opgestelde criteria aanwijzingen gevonden voor atopie met behulp van anamnese, intracutaan allergologisch en serologisch onderzoek (RAST, IgE, eosinofilie). Bij alle 39 patiënten werden antistoffen tegen verschillende virussen bepaald en vergeleken met een controlegroep. Deze waren Epstein-Barr-virus, mazelen-virus, cytomegalo-virus, varicella zoster-virus, herpes simplex-virus, *Chlamydia psittaci* en *Mycoplasma pneumoniae*. De complement-bindende antistoftiters tegen de verwekkers van mazelen, cytomegalie, herpes simplex en tegen *Mycoplasma pneumoniae* waren statistisch significant hoger bij de patiënten met koude-urticaria dan bij de controlegroep. Dit zou kunnen wijzen op een stoornis in de immunoregulatie bij patiënten met koude-urticaria.

LITERATUUR

- 1 Doeglas HMG. Chronische urticaria. Onderzoek en behandeling. In: Gerlings PG, et al., *Het Medisch Jaar 1976*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1976.
- 2 Rystedt I, Strannegard IL, Strannegard O. Increased serum levels of antibodies to Epstein-Barr virus in adults with history of atopic dermatitis. *Int Arch Allerg/Appl Immunol* 1984; 75: 179.
- 3 Doeglas HMG, Rijntjen WJ, Schröder FP, Schirm J. Cold urticaria and virus infection: a clinical and serological study in 39 patients. *Br J Dermatol* 1986; 114: 311-8.

J. J. E. VAN EVERDINGEN

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)

De waarde van sneldiagnostiek van seksueel overdraagbare aandoeningen, in het bijzonder van gonorrhoe, Chlamydia trachomatis-infecties en herpes genitalis

Zojuist in het bezit gekomen – per zeepost – van het lezenswaardige artikel van Stolz et al. (1985; 2101-4) wil ik alsnog reageren.

De etiologie van urethritis – gonorroïsche (GU) en niet-gonorroïsche (NGU) – is o.a. afhankelijk van de regio en van het feit in welk echelon een VD-centrum zich bevindt. In

West-Europa heeft NGU – met *Chlamydia trachomatis* op de eerste plaats –¹ een grotere incidentie dan GU.² In Afrika komt de GU vaker voor dan NGU, uitzonderingen daargelaten.³ Urethritis = gonorrhoe leidt ertoe dat zeker bij zelfmedicatie een behandeling ingesteld wordt, die geen enkel effect heeft op *C. trachomatis*, terwijl de man na verschillende behandelingen vaak een NGU blijkt te hebben.^{4,5} Om urethritis te diagnostiseren, zijn er eenvoudige hulpmiddelen, zoals het Gram-preparaat en het urinesediment. Het laatste onderzoek wordt door de schrijvers belangrijker geacht dan het eerste voor het vinden van *Chlamydia*. Indien in het eerste urinesediment van de tweeglaszenproef meer dan 10 leukocyten (welke vergroting) worden

gevonden, kan men spreken van een urethritis in het algemeen. Zoals de auteurs zelf stellen, hangen de voorspellende waarde (VW) van een bepaalde test af van de prevalentie van de aandoening in de onderzochte populatie. In gebieden waar *C. trachomatis* veel voorkomt, zou het urinesediment wellicht een hoge VW(+) hebben, mede gezien het feit dat in het Westen in 15-25% van de GU tevens een *Chlamydia* geïsoleerd wordt,¹ een percentage dat in de tropen mogelijk lager ligt.² In zijn algemeenheid kan men stellen dat noch het urinesediment noch het Gram-preparaat verfijnde middelen zijn voor de diagnostiek van *C. trachomatis*-urethritis.¹

Het aantal leukocyten in het Gram-preparaat – in een eenvoudige setting het criterium om een urethritis vast te stellen – wordt afgedaan als niet betrouwbaar, waarbij verwezen wordt naar een artikel, dat over mucopurulente cervicitis gaat.⁶ Inderdaad is het Gram-preparaat van weinig waarde, ook in een eenvoudige setting, om een cervicitis vast te stellen, maar het is niet terecht om bovengenoemde referentie te gebruiken om het Gram-preparaat af te keuren voor de diagnostiek van urethritis bij de man.

Bij een aantal gegevens ontbreken referenties, zoals de methyleenblauwkleuring, die een percentage fout-positieve uitslagen bij mannen met symptomen van 40% geeft, de Gram-kleuring die een sensitiviteit van onder de 60% heeft om urogenitale gonorrhoe bij de vrouw op te sporen, de hoge VW(+) van 91% die het urinesediment zou hebben voor de diagnostiek van *Chlamydia*. Wellicht gaat het hier om algemeen bekende gegevens; juist lijkt het mij toch, zeker voor degenen die geïnteresseerd zijn, om deze getallen van een referentie te voorzien. De enzym-immunoassay-methode heeft een hoge sensitiviteit (78%). Bij herpes genitalis is de gevoeligheid van de enzym-immunoassay-methode (53-78%) niet veel groter dan de Tzanck-test, die 'betrekkelijk ongevoelig is'. Bij de ene ziekte (gonorrhoe) blijkt waardering voor de enzym-immunoassay-methode, terwijl bij de andere ziekte (herpes genitalis) deze methode ongeschikt zou zijn, hoewel de getallen elkaar niet veel ontlopen.

Goede sneltests ter bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, met name die van gonorrhoe, zouden van grote betekenis in de tropen zijn, maar het gebruik ervan hier in Afrika zal nog wel enkele decennia op zich moeten laten wachten.

LITERATUUR

- ¹ Bowie WR. Urethritis in men. In: McCormack WM, ed. *Diagnosis and treatment of sexually transmitted diseases*. Bristol: Wright, 1983: 17-31.
- ² Piot P, Meheus A. *Epidémiologie des maladies sexuellement transmissibles dans les pays en développement*. Ann Soc Belg Med Trop 1983; 63: 87-110.
- ³ Osoba AO. Sexually transmitted diseases in tropical Africa. Br J Vener Dis 1981; 57: 89-94.
- ⁴ Meheus A, Ballard R, Dlamini M, Ursi JP, Dyck E van, Piot P. Epidemiology and aetiology of urethritis in Swaziland. Int J Epidemiol 1980; 9: 239-45.
- ⁵ Geer ER van der. Diagnostique et traitement de l'urétrite chez l'homme dans le Département du Noun, Cameroun. Wordt gepubliceerd.
- ⁶ Brunham RC, Paavonen J, Stevens CE, et al. Mucopurulent cervicitis. The ignored counterpart in women of urethritis in men. N Engl J Med 1984; 311: 1-6.

E. R. VAN DER GEER

Foumban (Kameroen), juni 1986

Collega Van der Geer stelt dat de etiologie van urethritis o.a. afhankelijk is van de regio en van het feit in welk echelon een Venereale Disease-centrum zich bevindt. De door hem getrokken conclusies over Europa en Afrika zijn onzes inziens zeer

generaliserend en gelden lang niet voor alle plaatsen. Zelf heb ik in 1985 bijv. in Mogadishu, Somalië, kunnen vaststellen dat de ratio niet-gonorroïsche urethritis : gonorroïsche urethritis daar 'heel gewoon' 2:1 bedraagt, hetgeen ik in een WHO-rapport heb beschreven.¹ De conclusie is gewoon dat Kameroen en de door Piot et al.² aangehaalde gebieden niet representatief hoeven te zijn voor alle Afrikaanse gebieden.² Van der Geers conclusie dat gonorroïsche urethritis in Afrika vaker voorkomt dan niet-gonorroïsche urethritis is dan ook voorbarig en kan berusten op een misverstand. In landen waar de geneeskundige verzorging niet optimaal is, kan het voorkomen dat patiënten die aan de klinisch milder verlopende niet-gonorroïsche urethritis lijden, minder vaak medische hulp zoeken dan patiënten met de klinisch ernstiger verlopende gonorroïsche urethritis.

Zijn bewering dat wij het urinesedimentsonderzoek belangrijker vinden dan het Gram-preparaat kan ik nergens in onze tekst terugvinden. De uitspraak lijkt mij weinig gedifferentieerd; wel wordt in ons artikel gesproken over een correlatie tussen het aantreffen van urinesedimentsafwijkingen en het vinden van een positieve *Chlamydia trachomatis*-kweek (voorspellende waarde).

Op het punt van de beschrijving van de tweeglazentest moeten wij u gelijk geven; hierbij is de bij het microscopiseren gebruikte vergroting niet vermeld (uit de tekst weggevallen). Wij gebruikten een vergroting van 250 maal (≥ 10 leukocyten/gezichtsveld). Over de te gebruiken criteria bij het vaststellen van een urethritis zijn lange discussies mogelijk; ze zijn terug te vinden in het boek van K.K. Holmes et al.³

Uw opmerking dat wij het aantal leukocyten in het Gram-preparaat van pus, afkomstig uit de urethra van manlijke patiënten als onbetrouwbaar afdoen door naar een artikel te verwijzen over mucopurulente cervicitis bij vrouwen is onjuist, omdat wij dit nergens in ons artikel beweerd hebben. In ons artikel staat dat dit preparaat (het aantal leukocyten) bij het beoordelen van een cervicitis, veroorzaakt door *C. trachomatis* bij vrouwen, niet een betrouwbaar criterium is. Vervolgens gaan wij in op urinesedimentsafwijkingen bij mannen. Wij keuren geenszins het Gram-preparaat bij het onderzoek van mannen af, maar hebben in het artikel de tweeglazenproef besproken.

In het artikel is een aantal uitspraken onzerzijds neergelegd zoals over de methyleenblauwkleuring bij het onderzoek van mannen, de sensitiviteit van onder de 60% van een Gram-preparaat bij de herkenning van een urogenitale gonorrhoe en de hoge voorspellende waarde van een positief resultaat (VW+) van 91% die het urinesediment zou hebben voor de diagnostiek van *Chlamydia*-infecties. Deze gegevens zijn afkomstig uit onze eigen kliniek/ons eigen laboratorium en de eerste twee uitspraken zijn ook terug te vinden in mijn proefschrift.⁴ Overigens zijn deze eerste twee bevindingen zo'n gemeengoed onder venereologen, en worden artsen in Rotterdam er tijdens hun opleiding al mee geconfronteerd zodat het noemen van referenties ons overbodig leek. Wat het laatste gegeven betreft, zou inderdaad beter een referentie vermeld hebben kunnen worden.

Wat de gevoeligheid van de ELISA-systemen betreft voor de detectie van gonorrhoe en herpes genitalis tenslotte het volgende: het missen van een herpes genitalis-infectie kan verstrekkende gevolgen hebben (bijv. op het eind van de zwangerschap vlak voor de bevalling), dan het missen van een gonorroïsche infectie. De gevoeligheid van de ELISA voor de detectie van gonorrhoe is aanzienlijk groter dan die van het anders gebruikte Gram-preparaat bij het opsporen van urogenitale infecties bij vrouwen, terwijl de ELISA voor de detectie van herpes genitalis en de Tzanck-test elkaar in gevoeligheid niet veel ontlopen. Dit is de verklaring waarom bij bijna gelijke gevoeligheden de ELISA ter detectie van gonorrhoe er beter van afkomt dan de ELISA ter detectie van herpes genitalis.

De opmerking dat het gebruik van goede sneltests ter herkenning (en niet ter bestrijding zoals werd gesteld) van seksueel overdraagbare aandoeningen, en met name die van gonorrhoe in Afrika nog wel enkele decennia op zich zal laten wachten, laten wij graag voor rekening van inzender. Zelf menen wij dat het gebruik ervan in enkele gebieden in Afrika (bijv. Nairobi, Kenia) veel eerder zijn beslag zal krijgen.

LITERATUUR

¹ Stolz E. Assignment report: Sexually transmitted diseases control in Somalia, Mogadishu (5-31 March, 1985)

- ² Piot P, Meheus A. Epidémiologie des maladies sexuellement transmissibles dans les pays en développement. Ann Soc Belg Med Trop 1983; 63: 87-110.
³ Holmes KK, Mårdh PA, Sparling PF, Wiesner PJ. Sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill, 1984: 644-5.
⁴ Stolz E. Diagnostic aspects of gonorrhoea. Rotterdam, 1974. Proefschrift.

E. STOLZ
K. H. TIJAM
J. VAN ULSEN
R. V. W. VAN EIJK
TH. VAN JOOST

Rotterdam, juli 1986

Boekaankondigingen

W.C. Bowman, A. Bowman en A. Bowman, *Dictionary of pharmacology*. 234 bl., fig., tabellen. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1986. Prijs: ingen. £ 12,50.

Deze bloedserieuze tegenhanger van de uit 1984 daterende, gedeeltelijk sarcastisch bedoelde, 'Pharmacologist's glossary' van Laurence en Shaw confronteert de lezer op bijna pijnlijke wijze met de wijdverspreide gewoonte om te hooi en te gras met bizarre wetenschappelijke begrippen en bewoordingen te scherpen, zonder dat men eigenlijk precies weet, wat het woord inhoudt. Laurence en Shaw dreven dit op de spits door een dubbele verklaring voor het woord 'jargon' te geven, nl. beroepstaal en onbegrijpelijke onzin. Dergelijke grapjes zal men in het boekje van de familie Bowman niet vinden, maar daar staat veel tegenover. De voornaamste tekortkoming is dat de selectie hoofdzakelijk beperkt is tot farmacologische basisbegrippen, en dat de opgenomen farmaca en farmacotherapeutische termen erg willekeurig verzameld zijn. Het is daarom aardiger om het boekje door te bladeren, dan iets te trachten op te zoeken, wat door plaatsgebrek niet werd opgenomen. Het is dan ook meer een 'glossary' dan een 'dictionary'. Van harte aanbevolen aan klinische en andere farmacologen, die durven erkennen, dat zij niet alles weten.

L. OFFERHAUS

P.A. Revell, *Pathology of bone*. 302 bl., fig., tabellen. Springer-Verlag, Berlijn 1986. Prijs: geb. DM. 180,-.

Dit boek behandelt de ziekten van het bot vanuit een diagnostische gezichtshoek. Een inleidend hoofdstuk beschrijft de normale opbouw van bot, waarbij niet alleen morfologische doch eveneens functionele aspecten worden belicht. Een hoofdstuk over abnormale ontwikkeling van het skelet biedt een voortreffelijk overzicht van deze moeilijke materie. Ook de hoofdstukken over metabole botziekten, de ziekte van Paget, hyperostose, osteoporose en atrofie, necrose en herstel, en infecties zijn van hoge kwaliteit. Het hoofdstuk over morfometrische methoden is nogal specialistisch en valt ietwat uit de toon. Het hoofdstuk over gezwellen van het skelet is tamelijk summier. Daar staat tegenover dat in tabellarische overzichten belangrijke aspecten van beentumoren vrij inzichtelijk worden gepresenteerd. De figuren zijn zonder uitzondering voortreffelijk. De typografie is zeer verzorgd. De tekst is prettig leesbaar. De literatuurverwijzingen zijn in aantal nogal overvloedig maar wel zeer up-to-date.

Een goed boek, zeer aanbevolen aan patholoog-anatomen, orthopeden, reumatologen en arts-assistenten in opleiding voor deze specialismen.

F. T. BOSMAN

Anesthesiology 1986. Annual Utah postgraduate course in anesthesiology 1986. Onder redactie van T.H. Stanley en W.C. Petty. (Developments in critical care medicine and anesthesiology.) 286 bl., fig., tabellen. Martinus Nijhoff, Dordrecht 1986. Prijs: geb. f 120,-.

De redacteuren stellen in hun voorwoord dat het doel van dit boek tweeledig is: (a) referentieboek en verslag voor de deelnemers aan het symposium, en (b) de jongste theorieën en ontwikkelingen op het gebied van de anesthesiologie zo snel mogelijk onder de aandacht van de lezer te brengen. Slechts in de eerste doelstelling is men geslaagd. Het merendeel der hoofdstukken bevat informatie welke reeds 5 jaar of langer elders uitvoeriger is gepubliceerd. Een bevestiging hiervan kan veelal worden gevonden in de opgegeven literatuurreferenties, waarbij opgemerkt moet worden dat daarin de verwijzing naar oorspronkelijke Europese studies ontbreekt. Toch bevat het werk een aantal uitstekende overzichtsartikelen waarbij vooral opvallen die over nieuwe intraveneuze inleidingsmiddelen (P.F. White), myocardischemie (D.T. Mangano), niet-obstetrische operaties bij zwangere patiënten (F.M. Jones III) en intra-operatieve bewaking met sensorische evoked potentials (B.L. Grundy). Op de totaliteit van het boek rechtvaardigt dit evenwel een aanbeveling tot aanschaf niet.

L. H. D. J. BOOIJ

Beademingscentrum Groningen 1955-1985. Verslag van voordrachten gehouden op de wetenschappelijke dag, 24 augustus 1985, tevens een korte samenvatting van de Ronde-tafelconferentie over de chronische beademing op 23 augustus 1985. Onder redactie van prof.dr.H.J. Sluiter. 98 bl., fig., tabellen. Van Gorcum, Assen 1986. Prijs: ingen. f 25,-.

J. Booss en M.M. Esiri, *Viral encephalitis*. Pathology, diagnosis and management. 365 bl., fig., tabellen. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1986. Prijs: geb. £ 39,50.

B.I. Blum, *Clinical information systems*. 414 bl., fig., tabellen. Springer-Verlag, Berlijn 1986. Prijs: geb. DM. 148,-.