

pigmentosa adultorum.⁵ Voor deze vrij zeldzame huidaandoening met jeukende papels bestaande uit mestcelophoppingen bestaat geen doeltreffende behandeling. Met corticosteroiden intralaesionaal of onder oclusie op een van de ledematen werd een complete remissie bereikt die tot nu toe gemiddeld 11½ maand duurde (de observatie loopt nog door). Een onderzoek met behandeling over het gehele lichaam is thans gaande.

LITERATUUR

¹ Lavker RM, Schechter NM, Lazarus GS. Effects of topical corticosteroids on human dermis. Br J Dermatol 1986; 115, (suppl) 31: 101-7.

² Stevanovic DV. Corticosteroid-induced atrophy of the skin with teleangiectasia. Br J Dermatol 1972; 87: 548.

³ Jablonska S, Groniowska M, Dabrowski J. Comparative evaluation of skin atrophy in man induced by topical corticoids. Br J Dermatol 1979; 100: 193.

⁴ Lavker RM, Schechter NM. Cutaneous mast cell depletion results from topical corticosteroid usage. J Immunol 1985; 135: 2368.

⁵ Barton J, Lavker RM, Schechter NM, Lazarus GZ. Treatment of urticaria pigmentosa with corticosteroids. Arch Dermatol 1985; 121: 1516.

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)

Chlamydia-pneumonie bij zuigelingen

Naar aanleiding van het artikel van Gerritsen en Brus (1986; 1921-3) willen wij enige opmerkingen maken. Behalve dat men postnataal, in geval van bijvoorbeeld een pneumonie, moet denken aan *Chlamydia trachomatis*-infectie, kan het ook antenataal van belang zijn om een *Chlamydia*-infectie op te sporen en te behandelen. Er zijn aanwijzingen dat een via de cervix uteri opstijgende infectie met *Chlamydia* tijdens de zwangerschap een vergrote kans geeft op voortijdig gebroken vliezen, partus praematurus en perinatale sterfte.¹ Sinds enige tijd zijn wij gewoon onderzoek te verrichten naar een *Chlamydia*-infectie in geval van belaste obstetrische anamnese (bijv. bij herhaling mislukte zwangerschap), voortijdig gebroken vliezen en intra-uteriene vruchtdood. Overigens zullen goed opgezette, prospectief uitgevoerde gerandomiseerde studies moeten aantonen, welke gevolgen een *Chlamydia*-infectie op het verloop van de zwangerschap kan hebben.

Conclusie: het antenataal behandelen van een *Chlamydia*-infectie kan problemen bij de pasgeborenen voorkomen.²

LITERATUUR

¹ Martin DH, Kòutsky L, Eschenbach DA, et al. Prematurity and perinatal mortality in pregnancies complicated by maternal *Chlamydia trachomatis* infections. JAMA 1982; 247: 1585-8.

² Schachter J, Sweet RL, Grossman, Landers D, Robbie M, Bishop E. Experience with the routine use of erythromycin for Chlamydial infections in pregnancy. N Engl J Med 1986; 314: 276-9.

B. C. SCHOOT

P. J. DÖRR

F. TH. J. G. TH. KOK

's-Gravenhage, november 1986

Hartelijk dank voor uw waardevolle aanvulling op ons artikel. Wij hebben bewust de complicaties die zich kunnen voordoen tijdens de zwangerschap niet aan de orde gesteld, niet omdat dit niet van belang is, maar omdat we ons vooral wilden richten op de complicaties die kunnen optreden bij kinderen die via het baringskanaal zijn besmet. Het is wellicht nuttig om niet alleen patiënten met een belaste obstetrische anamnese te onderzoeken, maar ook patiënten die wisselende seksuele contacten hebben. Men zou zelfs argumenten kunnen aanvoeren om alle zwangere vrouwen te onderzoeken op genitale besmetting met *Chlamydia trachomatis*.

Uw conclusie dat preventie van infecties bij pasgeborenen

door middel van opsporing en behandeling van zwangeren besmet met *Chlamydia trachomatis* de voorkeur verdient, kunnen wij van harte onderschrijven.

J. GERRITSEN

F. BRUS

Groningen, november 1986

Terecht wordt door Gerritsen en Brus aandacht gevraagd voor deze belangrijke uiting van de door *Chlamydia trachomatis* veroorzaakte infecties. Niettemin meen ik dat in het artikel een aantal aanvullingen aangebracht had kunnen worden.

Zo werd het serologische onderzoek op *Chlamydia* niet gespecificeerd. Werd er gebruik gemaakt van een complement-bindingsreactie op psittacosis/ornithosis of van een micro-immunofluorescentie-test (MIF) op *C. trachomatis* (meestal type lymphogranuloma venereum type II). Ook de wijze van uitdrukken van het specifieke IgG bij beide kinderen is niet duidelijk (> 1:4096 en > 1:32). Hoe sterk waren de IgM-reacties? Verder zijn in beide gevallen geen kweken uit de nasofarynx en van het oogvocht (conjunctivae) afgenomen. Betekent dit dat in beide gevallen de diagnose *Chlamydia-pneumonie* aanvankelijk niet overwogen werd? Ook staat nergens vermeld of er onderzoek op de aanwezigheid van *C. trachomatis* in de cervix of elders bij de beide moeders is verricht en wat dit heeft opgeleverd en of er contactonderzoek is verricht bij de manlijke partners van deze vrouwen. Het aspect van de seksuele overdraagbaarheid is daarom van belang, omdat bij niet-behandelde, aan *C. trachomatis*-infectie in de cervix lijdende vrouwen, al dan niet post partum, een opstijgende infectie kan optreden, die uiteindelijk zelfs kan leiden tot ectopische graviditeit, infertiliteit en chronische buikpijn.

Ten slotte wordt niet vermeld of naar aanleiding van deze 2 gevallen het antibiotica-beleid al dan niet is gewijzigd en de ampicilline-therapie in voorkomende gevallen door erytromycine-therapie is vervangen.

E. STOLZ

Rotterdam, november 1986

Het is goed dat collega Stolz nog eens het belang onderschrijft dat aan de *Chlamydia-pneumonie* bij zuigelingen aandacht wordt besteed. Het serologisch onderzoek op *Chlamydia* is in ons artikel inderdaad niet nader gespecificeerd. Wij verwijzen naar een eerder in dit tijdschrift verschenen publikatie, waar

uitgebreider werd ingegaan op deze aspecten.¹ Voor de bepaling van het specifieke IgG is de immunofluorescentie-test gebruikt en voor de bepaling van het specifieke IgM werd het serum geabsorbeerd aan anti-gamma-Fc. De term positief duidt erop dat de IgM titer $\geq 1:128$ was.

De veronderstelling dat in beide gevallen geen kweken uit de nasofarynx zijn afgenomen is niet juist. In beide gevallen waren de kweekresultaten negatief, doordat ze niet op de juiste wijze en op het juiste medium zijn afgenomen. Zoals bekend, groeit *Chlamydia intracellulair*. Het wattestokje voor kweek moet dan ook stevig langs de wand van de nasofarynx gaan. Het kweken van oogvocht heeft dus geen enkele zin. Wij hebben moeders niet onderzocht op aanwezigheid van *Chlamydia trachomatis* omdat wij vonden dat dit buiten onze competentie viel. In de laatste alinea hebben wij dit punt wel ter discussie gesteld. De laatste alinea van collega Stolz duidt erop dat hij ons artikel minder zorgvuldig heeft gelezen.

LITERATUUR

¹ Wit FS de, Bos JD, Everdingen JJE van, Slaterus KW. Directe diagnostiek van *Chlamydia trachomatis* met monoklonale antistoffen: diagnose zonder kweek? Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1824-7.

J. GERRITSEN
F. BRUS

Groningen, november 1986

Het gebruik van siliconprothesen bij comminutieve fracturen van het caput radii

In hun artikel stellen Van Beek, Meijer en De Mol (1986; 1797-1800) de gevolgen van een extirpatie van het caput radii aan de orde. Deze extirpatie leidt volgens de literatuur zoals in het betrokken artikel ook is aangehaald tot een voorspelbare versterking van de stabiliteit van de elleboog en de onderarm. Door het wegvallen van het caput als steunpunt van de radius op het capitellum humeri treedt een proximale migratie van de radius ten opzichte van de ulna op. Als gevolg hiervan ontstaat een zekere subluxatie in het distale radio-ulnaire gewricht. Na verloop van tijd kan dan ook in dit gewricht arthrosis ontstaan. Tevens belemmert de migratie van de radius enigszins de rotaties van de onderarm (vooral de supinatie), waarschijnlijk doordat de membrana interossea onder spanning komt. Wegvallen van het caput als lateraal steunpunt leidt tot meer stress op het mediale bandcomplex van de elleboog en kan pijn veroorzaken. Door tractie aan de N. ulnaris kunnen daarnaast hinderlijke prikkelingen optreden.

Resectie van het caput radii kan dus tot vervelende complicaties leiden, hoewel het percentage van al deze klachten in de literatuur heel wisselend wordt opgegeven. In het algemeen lijkt het in de praktijk nogal mee te vallen. De gedachte om een prothese te plaatsen die als 'spacer' proximale migratie van de radius tegengaat is aantrekkelijk. Een dergelijke spacer is evenwel een tweesnijdend zwaard. Een radiuskopprothese krijgt namelijk aanzienlijke krachten te verwerken en slijtage en breuk van het materiaal is niet denkbeeldig en is dan ook beschreven. Er kunnen parallellen worden getrokken met vergelijkbare prothesen in de handwortel, waarvan bekend is dat ze ook aan grote krachten zijn blootgesteld en waarvan een vreemdlichaamreactie op de slijtageproducten in de vorm van synovitiden steeds vaker wordt gemeld.

Van een toetsing van het veronderstelde nut van de prothese kan in het onderzoek, zoals gepresenteerd door de collega's Van Beek, Meijer en De Mol geen sprake zijn. De onderzoekers vergelijken retrospectief twee groepen: een groep van 9 patiënten bij wie het kopje is geresceerd en een groep van 9 patiënten

bij wie aansluitend een prothese is geplaatst. Hoe de keuze van therapie tot stand kwam wordt niet duidelijk. De groepen zijn evenwel verschillend. De resectiegroep is ouder (gemiddeld 59,4 jaar; slechts 1 patiënt jonger dan 50 jaar), terwijl de prothesegroep gemiddeld 50,9 jaar is, met 5 patiënten jonger dan 50 jaar. Ook het follow-up-onderzoek is verschillend: de resectiegroep is langer gecontroleerd (37 tegen 28 maanden). Ouderen zullen het in het algemeen wat slechter doen, terwijl juist voor een prothese langer follow-up-onderzoek gewenst is. De vraag blijft dan ook onbeantwoord of de siliconprothese van de radiuskop de complicaties van resectie voorkomt, dan wel eigen complicaties introduceert. Zolang die vraag niet is beantwoord, is de plaatsing experimenteel en blijft behoefte bestaan aan prospectief en gerandomiseerd onderzoek.

J. A. N. VERHAAR

Maastricht, oktober 1986

Collega Verhaar concludeert in zijn commentaar, dat langer follow-up-onderzoek noodzakelijk is om het resultaat te kunnen beoordelen. Tevens is hij van mening dat prospectief en gerandomiseerd onderzoek noodzakelijk is. Wij onderschrijven deze mening. Het is slechts de bedoeling geweest het plaatsen van een radiuskopprothese ter overweging te geven. Uit ons onderzoek blijkt dat plaatsing van een prothese een goed alternatief is, hoewel over de resultaten op langere termijn nog geen uitspraak is te doen.

W. S. MEIJER
A. J. VAN BEEK

Rotterdam, november 1986

Een zeldzame vorm van een veel voorkomende geslachtsziekte

De klinische les van Van Gerven en Sillevs Smitt (1986; 130: 1825-7) noopt tot enig commentaar.

De diagnostiek bij beide patiënten lijkt niet geheel compleet uitgevoerd. Met name bij patiënt B doet de negatieve uitslag van ELISA met gonokokkenpili-antigeen vreemd aan, doch hij is zelfs niet geheel onmogelijk. Juist bij complicaties zoals gedissemineerde gonorrhoe ('septic gonococcal dermatitis'-syndroom), waarbij de gonokok niet altijd of met moeite gekweekt kan worden, kan de serologische diagnostiek een onmisbare steun betekenen, mits goed uitgevoerd. In dit verband leek nader onderzoek door middel van herhaling van de gonokokken-serologie (zgn. gepaarde sera, na ongeveer 2 weken)¹ naast *Chlamydia*-diagnostiek (kweken, serologie) aangewezen. Bovendien ontbreekt aan de diagnostiek van de huidlaesies het een en ander (directe cytologie, gedetailleerde histopathologische beschrijving, immunofluorescentie en poging tot antigeendetectie).

Ten aanzien van gonokokkenpili dient opgemerkt te worden, dat vrijwel alle verse isolaten van patiënten gonokokken met pili bevatten – de hoeveelheid ervan en het vermogen deze structuren te blijven produceren variëren. Pili-eiwitten lijken belangrijk voor de virulentie van de gonokok, maar pilirijke zijn niet virulenter dan minder piliproducerende gonokokken. In vivo zijn pili met moeite of helemaal niet zichtbaar gemaakt² – morfologisch gezien lijken pili een laboratoriumfenomeen te zijn. Bij aselect doorenten van gonokokken op voedingsbodems veranderen virulente (piliproducerende) typen in avirulente, die geen pili meer bevatten.

Belangrijker is op te merken, dat gonokokkenstammen die een gedissemineerde gonorrhoe veroorzaken, meestal zeer gevoelig zijn voor penicilline en vaak tot een auxotype A-, H-,