

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 Sillevius 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-,

U- (arginine, hypoxanthine en uracil nodig voor de groei) behoren.³ Er zijn enkele studies die dit niet onderschrijven. Door Sandström et al. werd met serotypering aangetoond dat er een betere correlatie bestaat tussen gedissemineerde gonorrhoe en serogroep WI-gonokokken.⁴ Nadere evaluatie hiervan en bevestiging zijn nog nodig. Tot slot ontbreekt een belangrijke referentie; in 1974 verscheen een artikel over het 'septic gonococcal dermatitis'-syndroom in dit tijdschrift, waarin uitvoerig aandacht aan de diagnostiek van dit syndroom werd besteed.⁵

LITERATUUR

- 1 Oranje AP. Serological diagnosis of gonorrhoea using gonococcal pili as antigen. 1982. Proefschrift.
- 2 Evans BA. Ultrastructural study of cervical gonorrhoea. *J Infect Dis* 1977; 136: 248-55.
- 3 Noble RC, Reyes RR, Parekh MC, et al. Incidence of disseminated gonococcal infection correlated with the presence of AHU auxotype of *Neisseria gonorrhoeae* in a community. *Sex Transm Dis* 1984; 11: 68-71.
- 4 Sandström EG, Knapp JS, Reller LB, et al. Serogrouping of *Neisseria gonorrhoeae*: correlation of serogroup with disseminated gonococcal infection. *Sex Transm Dis* 1984; 11: 77-80.
- 5 Stolz E, Kampen WJ van, Vuzevski VD, IJzerloo JAG van. Een patiënte met het 'septic gonococcal dermatitis'-syndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1974; 118: 618-21.

A. P. ORANJE
E. STOLZ

Rotterdam, oktober 1986

Wij zijn Oranje en Stolz erkentelijk voor hun kritische opmerkingen. Wij kunnen het er volledig mee eens zijn dat het noodzakelijk is om, zeker bij het ontbreken van duidelijke aanwijzingen omtrent een definitieve diagnose, een tweede serummonster met betrekking tot ELISA met gonokokken-pili-antigeen in te sturen. Het wachten op een eventuele positieve uitslag hiervan was bij patiënt B echter onnodig, daar de diagnose reeds vóór het tijdstip van afname van het tweede serummonster gesteld was en de behandeling geslaagd bleek te zijn. De overige diagnostische mogelijkheden die beide collegae noemen inzake gedissemineerde gonorrhoe, waaronder ook de auxotypering, zijn academisch zeer interessant, doch leken ons in het kader van een klinische les niet van belang. Voor de volledigheid kunnen wij vermelden dat de Chlamydia-keuken bij beide patiënten negatief waren.

De waarde van de pili inzake de virulentie van de gonokok is verwarrend, zoals ook moge blijken uit de brief van Oranje en Stolz.

C. C. M. VAN GERVEN
J. H. SILLEVIS SMIT

Amsterdam, november 1986

Darmsparende chirurgie bij de ziekte van Crohn: resectie of stenoplastiek

In de over stenoplastiek verschenen publikaties worden steeds de indicaties beperkt tot chronische, stenoserende afwijkingen in de dunne darm.¹⁻⁴ Immers in de dunne darm ontstaan de stenosen die aanleiding geven tot subileus of ileus bij de ziekte van Crohn. De schrijvers suggereren om indicatie tot het verrichten van stenoplastiek uit te breiden naar stenosen in het colon sigmoideum en zelfs het rectum. Dit lijkt ons een advies met zeer beperkte toepasbaarheid. Stenoserende in het sigmoid is zeldzaam en leidt vrijwel nooit tot ileus of subileus. Bovendien is vernauwing in het sigmoid nogal eens secundair aan een infiltraat dat zich vormt rondom een ileitis terminalis. De

afwijkingen in het sigmoid verdwijnen na ileocecale resectie of genezing van het infiltraat na conservatieve behandeling. Geïsoleerde stenose in het rectum, zonder dat een dermate ernstige proctitis bestaat die proctectomie noodzakelijk maakt, is buitengewoon zeldzaam en indien deze tot symptomen leidt die zijn te wijten aan de stenose, dan geven wij de voorkeur aan dilatatie. Een verwijdingsplastiek in dit gebied is naar onze opvatting een lastige operatie die dient te geschieden via parasacrale benadering in een gebied waar het rectum niet bekleed is met peritoneum, en er bestaat een gereede kans op naadlekkage. Dit laatste argument is voor sommigen zelfs aanleiding om als routine bij een dergelijke ingreep een anus praeternaturalis aan te leggen. Bovendien kan beschadiging van de bekkenbodemmusculatuur of één van de anale sfincters optreden, terwijl bij de man impotentie kan ontstaan. Wij zijn van mening dat de stenoplastiek een buitengewoon waardevolle uitbreiding is van de chirurgische behandelingsmogelijkheden bij de ziekte van Crohn en ondersteunen dus van harte de boodschap van de schrijvers. Het is echter twijfelachtig of de beschreven patiënten de boodschap ondersteunen. Immers behalve een stenoplastiek werd tevens resectie uitgevoerd en het heilzame effect van de stenoplastiek staat dus niet vast. Ook scharen wij ons niet zonder meer achter de profylactische stenoplastiek zoals door de schrijvers wordt gesteld, en wij vragen ons in dit verband af welke objectieve gegevens ten grondslag liggen aan de suggestie dat door stenoplastiek de ontsteking zou afnemen. Wij reserveren stenoplastiek voor klinisch manifesterende stenosen in de dunne darm over een korte afstand bij 'uitgebluste' ziekte van Crohn en hebben op deze indicatie bij slechts 6 patiënten een stenoplastiek van de dunne darm uitgevoerd in de afgelopen vijf jaar. Een uitbreiding van de indicatie tot het verrichten van een stenoplastiek bij acute of subacute aandoeningen in de dunne darm of stenoserende in de dikke darm en het rectum lijkt ons niet aangewezen.

LITERATUUR

- 1 Lee ECG. In: Pena AS, Weterman IT, Booth CC, Strober W, eds. Recent advances in Crohn's disease. 's-Gravenhage: Martinus Nijhoff: 1981: 522-7.
- 2 Lee ECG, Papaionnou N. Minimal surgery for chronic obstruction in patients with extensive or universal Crohn's disease. *Ann R Coll Surg Engl* 1982; 64: 229-33.
- 3 Kendall GPN, Hawley PR, Nicholls RJ. Strictureplasty: A good operation for small bowel Crohn's disease? *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 312-6.
- 4 Fazio VW, Galandiuk S. Strictureplasty in diffuse Crohn's jejunoileitis. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 512-8.

H. G. GOOSZEN
I. T. WETERMAN

Leiden, oktober 1986

De collegae Gooszen en Weterman hebben de boodschap van onze klinische les goed begrepen. Er bestaat inderdaad een indicatie voor het verrichten van verwijdingsplastieken in actief ontstoken darmsegmenten, zelfs wanneer deze zich bevinden in het linker deel van het colon en in het proximale deel van het rectum. Wij onderschrijven de bewering dat deze stenosen zelden voorkomen. Met de huidige darmvoorbereidingsmethoden en de nieuwe ontwikkelingen daarin,¹ is het zeer goed mogelijk onder antibiotische profylaxe ingrepen te verrichten aan het rectum zonder een beschermende anus praeternaturalis aan te leggen. Voor de behandeling van stenosen in het distale een derde deel van het rectum geven wij eveneens de voorkeur aan dilatatie.

Dat de darmsparende stenoplastiek een aanwinst is voor de chirurgische behandeling van de ziekte van Crohn blijkt voldoende uit de door ons vermelde ziektegeschiedenissen. Op