

den opgenomen en een autoptische bevestiging van de diagnose ontbreekt.

De bestrijding van de cerebrale vaataandoeningen beweegt zich op het gebied van de preventie, de behandeling van het ziekteproces in zijn verschillende fasen en de geestelijke en lichamelijke revalidatie van de patiënt. In dit geheel neemt de spoedeisende behandeling een belangrijke plaats in, niet alleen omdat bij tijdige en doelmatige behandeling

de mortaliteit belangrijk daalt, maar ook omdat hierdoor invaliditeit wordt voorkomen, althans zoveel mogelijk beperkt. Zoals we nog nader zullen bespreken, hebben de moderne methoden, die hierbij worden toegepast, ook hun keerzijde, omdat bij het drukken van de mortaliteit ook wel eens patiënten in leven blijven, wier zuiver vegetatief voortbestaan de twijfel doet rijzen of deze toestand te prefereren is boven de dood.

Een vaak niet herkende oorzaak van diarree

DOOR G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP EN K. GILL, HUISARTS TE ZWAMMERDAM

Iedere huisarts zal zich wel eens gesteld hebben gezien voor het probleem van een patiënt met chronische diarree. Het doel van deze bijdrage is de lezer opmerkzaam te maken op een ziektebeeld dat, naar de ervaring leert, te weinig wordt herkend. Temeer is dit jammer daar de therapie zo eenvoudig en doeltreffend is. Ter toelichting dienen de volgende voorbeelden:

Patiënt I betreft een meisje, geboren 1 januari 1956. In september 1957 vertelde de moeder, dat haar dochtertje sinds zes weken diarree had. Het kind was normaal geboren en gedurende het eerste levensjaar regelmatig gecontroleerd op het consultatiebureau voor zuigelingen. Bij onderzoek werd een verhoogde darmperistaltiek en meteorisme gevonden. Een dieet werd voorgeschreven alsmede een kuur met Salazopyrine. De diagnose luidde: enterocolitis; het resultaat van de therapie was nihil.

Anamnese en onderzoek werden daarop uitgebreid. De faeces waren meer brijachtig dan dun en volumineus. Bij onderzoek werd een dik buikje gevonden; het gewicht bedroeg 12,5 kg, het haar was sluijk en droog en de gelaatsuitdrukking was droefgeestig. Het kind was de laatste tijd afgefallen; de warme maaltijden gingen er meestal goed in, maar brood eten ging slecht. Verder was het de moeder opgevallen dat haar dochtertje klein bleef in vergelijking met andere kinderen.

Het klinische beeld leek sterk op dat bij coeliakie. De ontlasting bevatte veel vet, zoals bij microscopisch onderzoek bleek (Sudan III).

Met de moeder werd uitvoerig gesproken over de zorgen voor een langdurige behandeling en voor de dieetvoorschriften. Zij begreep het glutenvrije dieet, dat werd aangevuld met vitamine A, B complex, C en D. Bij wekelijkse controle bleek het resultaat wisselend te zijn, soms waren de faeces enkele dagen gebonden en gevormd, daarna weer volumineus. Het gewicht bleef gelijk. Na ruim drie weken kwam de moeder huilend op het spreekuur en vroeg opname in een ziekenhuis. Haar dochtertje werd in toenemende mate prikkelbaar en humeurig en zij zag geen verbetering met het glutenvrije dieet. Op-

neming volgde in november 1957 in de Leidse universiteitskinderkliniek. Op de bevindingen uit de kliniek wordt straks terug gekomen.

Patiënt II is een jongen, geboren 16 november 1957, die sinds de leeftijd van een half jaar diarree heeft. Deze komt in aanvallen, gecombineerd met buikpijn, is soms waterdun, soms brijachtig en wordt soms door korte perioden met normale ontlasting afgewisseld. De jongen is bleek, ziet er slecht uit en is ruim 1,5 kg te licht voor zijn lengte. Er bestaat een matige anemie. Het urineonderzoek vertoont geen bijzonderheden. Ook het herhaalde malen verrichte microscopisch faecesonderzoek, levert niets op. Hij is de jongste van een groot gezin en niet de enige die diarree heeft. De vader, geboren in 1912, is in 1953 wegens diarree onder behandeling geweest van een internist. Ook nu nog heeft hij soms weken lang hinder van te dunne ontlasting. De verklaring voor deze diarree wordt steeds gezocht in het dieet, maar exact is de oorzaak niet aan te wijzen. Inlichtingen worden gevraagd aan de betrokken internist die antwoordt met het volgende schrijven:

„De heer X, geboren 1912, werd door mij het eerst gezien op 29 januari 1952. Hij had toen perioden van diarree, die vaak licht gekleurd was. Zowel melk, als peulvruchten en vette spijzen werden slecht verdragen. Af en toe had hij een wat pijnlijke tong. Van 19 maart tot 1 april werd hij voor klinische observatie opgenomen. De bezinkingssnelheid van de erythrocyten bedroeg 10 en 37 mm, het hemoglobinegehalte 76 procent, de kleurindex was 1, het aantal leukocyten en de differentiële telling leverde geen bijzonderheden op. De nierfunctie was goed; de bloedsuikercurve was vlak met een maximale stijging tot 146 mg procent. Occult bloed in de faeces was afwezig; faecesonderzoek op vertering gaf een lichte stoornis in de vetvertering te zien. Parasieten werden niet gezien. Bij röntgenologisch maagdarmpassageonderzoek werd een abnormaal snelle passage gevonden; aan de maag geen afwijkingen, terwijl het eerste gedeelte van de dunne darm geen mooi slijmvliesbeeld vertoonde. Bij onderzoek van de maagzuurwaarden bleek geen achylie te bestaan. Op de later gemaakte galblaasfoto waren geen afwijkingen te zien. Op grond van het passagebeeld, de vetverteringsstatus en de vlakke bloedsuikercurve werd de diagnose spruw gesteld. Er werd echter geen duodenumsondage verricht, waardoor de diagnose lambliaasis met meer zekerheid kan worden gesteld, dan door faecesonderzoek alleen. Patiënt gebruikte gedurende

lange tijd folacid met goed resultaat. Na april 1955 zag ik hem niet meer”.

In 1957 bleek het nodig de vader wegens buik- en maagklachten op te nemen op een interne afdeling bij een andere dan de hiervoor bedoelde internist. Uit de ontslagbrief worde geciteerd:

„Bij onderzoek van deze asthene man, met een tensie van 130/85 mm Hg en een regelmatige pols van 64, blijkt de tong wat glad en de eerste toon aan de punt van het hart onzuiver. Overigens zijn er geen duidelijke afwijkingen te zien, behalve platvoeten en zwetende handpalmen. Röntgenonderzoek van de thorax toont matig longemfyseem, maar verder geen afwijkingen. De maagfoto toont een hypertone maag met wat wilde plooi-tekening, vooral aan de kleine curvatuur. De bulbus is echter normaal gevormd en ook overigens zijn er geen duidelijke afwijkingen aan de maag te zien. Het laboratoriumonderzoek toont evenmin veel bijzonderheden. De bezinkingssnelheid van de erythrocyten is verhoogd, 17 en 32 mm. De leverfunctie is geheel normaal. De maagzuurwaarden zijn beslist te hoog, namelijk maximaal 84/98. Dit is wel zeer ongewoon voor een patiënt met spruw, die immers meestal lage zuurwaarden of zelfs totaal ontbreken van het maagzuur toont. Het hemoglobinegehalte is momenteel 13,7 g/procent, dat is dus ongeveer 80 procent. Het aantal erythrocyten is hierbij 3,6 miljoen, dus het bloedbeeld is iets hyperchrom. Dit zou wel met bovengenoemde diagnose kunnen overeenstemmen; ook de vlakke bloedsuikercurve (93, 134, 139, 78, 88 en 88 mg procent) is hiermede in overeenstemming. Het witte bloedbeeld is geheel normaal en de benzidineractie in de faeces is negatief. Wel bevat de faeces wat onverteerd zetmeel, zeer veel onverteerd vet en veel onverteerde vetzuren”.

Een duidelijke diagnose werd ook nu niet gesteld. Van de overige gezinsleden van patiënt II valt het volgende te vertellen.

De moeder, geboren in 1919, is altijd gezond geweest. Een dochtertje, in 1943 geboren, heeft, toen zij negen maanden oud was, driemaal een periode met diarree doorgemaakt, waarvoor dieet werd voorgeschreven. Een andere, in 1945 geboren dochter, is steeds gezond geweest. Een in 1947 geboren zoon heeft op vierjarige leeftijd lang diarree gehad; kreeg toen zeven maanden een dieet „wegens de dikke darm”. Een andere zoon, geboren in 1948, had op twee- en driejarige leeftijd vaak diarree, later frequente brijachtige ontlasting. De klachten verdwenen toen de jongen naar school ging. De derde zoon, die in 1950 ter wereld kwam, had van de leeftijd van vier maanden af diarree; na drie jaar verdwenen de klachten. Momenteel zijn er geen afwijkingen. De vierde zoon werd in 1954 geboren. Deze kreeg diarree toen hij acht maanden was. Dit duurde bijna anderhalf jaar, waarna hij er geen hinder meer van had. De vijfde zoon, geboren in 1956, had diarree gedurende de periode van de achtste tot de achttiende levensmaand en heeft sinds een half jaar geen klachten meer. Tenslotte de in 1957 geboren patiënt II. Deze jongen werd in januari 1959 met het volgende schrijven naar de polikliniek voor kindergeneeskunde van het academisch ziekenhuis te Leiden gezonden.

„Theo heeft aanvallen van diarree met buikpijn. Zo'n aanval duurt enkele weken, het kind is dan huilerig, prikkelbaar en voor de moeder erg lastig. Ik heb hier al van alles geprobeerd: eliminatie-dieet, glutenvrij-dieet, enzovoort. Niets helpt,

plotseling gaat het weer goed, maar na een paar weken is het weer mis”.

Ook hier kwam men poliklinisch niet verder. Wel werd de diagnose voedingsallergie overwogen, doch de juistheid daarvan kon niet worden aangetoond. Men kwam niet tot een therapie die aansloeg. Iedereen zal begrijpen welk een opgave dit gezin aan de moeder stelde en daarom werd besloten ook patiënt II „als voorbeeld” van deze familie in de kinderkliniek op te nemen.

* * *

Over het onderzoek zowel van patiënt I als van patiënt II in de Leidse universiteitskinderkliniek heeft de kinderarts, Dr H. H. van Gelderen, ons verslag gedaan, dat wij met zijn instemming in de hier volgende redactionele vorm weergeven.

Patiënt I, het meisje, werd in november 1957 opgenomen wegens verdenking op coeliakie. Inderdaad leek het klinisch beeld hierop. Zij had volumineuze brijachtige ontlasting, was humeurig, hypotoon en had een opgezet buik. Daar de klachten pas kort bestonden waren lengte en gewicht normaal. De vetbalans toonde een sterke steatorroe, de resorptiecoëfficiënt voor vet bleek bij herhaling 60 procent. In overeenstemming met de resorptiestoornis was de glucosebelastingcurve vlak en bestond er een anemie. Om andere oorzaken van steatorroe dan coeliakie uit te sluiten werd verder onderzoek verricht, waarbij pancreasfibrose, darmtuberculose en anatomische afwijkingen van de tractus digestivus konden worden uitgesloten. In de ontlasting werden echter zeer veel lamblia-cysten gevonden. Na twee kuren met Acranil waren de lambliae verdwenen. Hierna steeg de vetbalans tot 92 procent en verdwenen alle klachten. Weliswaar was de eerste twee maanden thuis de ontlasting nog brijachtig, maar tijdens de opnemingen voor controle van de vetbalans was de faeces steeds normaal. In 1959 kreeg zij de oude klachten weer terug. Zij bleek opnieuw met lamblia besmet en genas direct na een Acranilkuur. Haar zusje was ook besmet maar had geen klachten.

Patiënt II, de jongen, werd in september 1959 opgenomen wegens chronische diarree. Er waren behalve algemene malaise en lichte hypotrofie geen afwijkingen. De faeces bevatten zeer veel lamblia-cysten — ook zijn vader en een zijner broertjes bleken lamblia-cysten uit te scheiden — maar was verder vrij van pathogene microorganismen. De ontlasting was dun of brijachtig, maar met een cellulose-arm rijstdieet waren de faeces normaal. Na twee Acranilkuren van vijf dagen waren ontlasting en duodenaalvocht vrij van respectievelijk cysten en vegetatieve vormen.

Deze jongen had dus wel chronische diarree, maar vertoonde geen coeliakie beeld. De vetresorptie was dan ook normaal (resorptie-coëfficiënt 98 en 99 procent). Daar de diarree tijdens de opnemingsal

met dieet alleen genas, is de lamblia-infectie als oorzaak niet bewezen.

* * *

Het is reeds lang bekend, dat infecties met lambliae tot een coeliakieachtig beeld kunnen leiden, al is dit een vrij zeldzaam gevolg van lamblia-besmetting. Men vindt in die gevallen dan steeds een groot aantal parasieten. Een recent literatuuroverzicht geeft Cortner, die vier zijner patiënten beschrijft. De vetresorptiestoornis werd bij deze patiënten met de vitamine A resorptieproef en radioactief gemerkte vetten aangetoond. In ons land beschreef Bedaux een geval van coeliakiesyndroom met lambliasis, evenwel zonder vetresorptiebepaling. Veel vaker vindt men een lamblia-infectie zonder enige klacht, terwijl niet zelden vage buikklachten, diarree en soms cholangiolitis bestaan, welke klachten genezen na verdrijving van de lambliae.

De twee hierboven beschreven patiënten tonen diagnostische problemen. Het meisje bleek tijdens de lamblia-besmetting niet alleen een steatorroe te hebben, maar ook een zeer uitgesproken glutenintolerantie. Op glutenvrij dieet bedroeg de vetresorptie namelijk 80 procent tegenover 60 procent op glutenbevattend dieet (A-B-A-B-opstelling). Na de genezing was de vetresorptie 92 procent, zowel met als zonder gluten in de voeding, dus vrijwel normaal. Het lijkt ons in elk geval belangrijk vast te stellen, dat ook bij lambliasis een coeliakiebeeld met glutenintolerantie bestaat. Voorbijgaande glutenintolerantie met steatorroe bij kinderen is dus niet pathognomonisch voor coeliakie. De diagnostische betekenis van het faecesonderzoek op lamblia-cysten is groot. Immers, was dit onderzoek nagelaten, dan was bij het meisje op grond van het klinische beeld, de steatorroe en de glutenintolerantie, ongetwijfeld de diagnose coeliakie gesteld met als gevolg een jarenlange dieettherapie; met twee vijfdaagse Acranil-kuren is zij thans genezen.

Was bij de jongen niet eerst tijdens de opnemingsproef de diarree met dieet te behandelen — dit was nodig in verband met de vetbalansen — dan was herstel na Acranil-behandeling als bewijs aangevoerd, dat de lambliae de diarree veroorzaakten. Dit is heel goed mogelijk, gezien ook de anamnestische gegevens, maar bewezen is het niet.

De diagnose lambliasis is niet moeilijk te stellen. In de Leidse kinderkliniek wordt de volgende eenvoudige procedure gevolgd:

Van de faeces wordt een dunne uitstrijk gemaakt en deze wordt met 1 procent waterige eosineoplossing gekleurd. Men ziet dan de ellipsvormige cysten ongekleurd. Zij hebben ongeveer een vierde van de grootte van een oxyureëi. Een tweede uitstrijk wordt gekleurd met sol. Lugoli (1 g J en 2 g KJ op 100 ml aqua dest.); men ziet dan de cysten met twee of vier

kernen en overlangse strepen. De concentratiemethode wordt hierbij niet gebruikt, omdat slechts ernstige infecties klinische verschijnselen geven. Wel is herhaald onderzoek nodig, omdat niet alle faecesporties steeds veel cysten bevatten. De trofozoëten bevinden zich hoog in de tractus digestivus en komen alleen bij sterke diarree in de faeces. Om dus meer zekerheid te hebben, dat na Acraniltherapie de lambliae zijn verdwenen is duodenumsondage gewenst. Het duodenumvocht of de gal wordt hiertoe langzaam gecentrifugeerd; het bovenstaande wordt voorzichtig afgepipetteerd en het sediment op een objectglasje gedeponeerd. Na kleuring met 1 procent waterige eosineoplossing ziet men gemakkelijk de typische peervormige vegetatieve vormen, die door hun beweeglijkheid opvallen. Tot zover collega Van Gelderen.

* * *

Nabeschouwing. Over de pathogeniteit van de *Giardia (Lamblia) Intestinalis* is zeer veel geschreven. De meest gecompliceerde klinische beelden kunnen door deze protozo worden veroorzaakt (*Beukema, Koumans*), doch meestal blijven de klachten beperkt tot gastrointestinale verschijnselen zoals: zwaar gevoel in de maagstreek, anorexie, buikpijn, misselijkheid, flatulentie en diarree (*Van Steenhuis, Zuidema*). Vaak zijn er echter in het geheel geen klachten. De besmetting komt het meest voor bij kinderen, waarschijnlijk door de slechtere privéhygiëne, zoals voor vele worminfecties geldt. Hoewel niet bewezen, zou dit het voorkomen van diarree bij de kinderen van het gezin van patiënt II verklaren, immers na het vierde jaar waren de meeste kinderen klachtenvrij. Interessant is, dat ook de besmetting bij volwassenen onder het beeld van een steatorroe (spruw) kan verlopen (*Mansor Bahr* geciteerd door *Van Steenis*); de diagnose dus die bij de vader van patiënt II in 1953 is gesteld.

Terwijl men vroeger vooral mepacrine (*Atebrine*) als therapeuticum toediende, wordt tegenwoordig de voorkeur gegeven aan Acranil (*Bayer*) (onder andere *Nieuwenhuis*). De dosering bedraagt voor volwassenen driemaal daags een tablet van 0,100 g gedurende vijf dagen. Soms is een herhaling van de kuur noodzakelijk.

Samenvattend kan men dus zeggen, bij vage buikklachten, chronische diarree, vetdiarree, galblaasklachten en dergelijke denke men aan lambliasis en indien deze besmetting is aangetoond, overweeg men een therapeutische proef, want met de parasiet verdwijnen vaak de verschijnselen.

Bedaux, L. M. C. (1943) *M. Kinderg.* 12, 256.
Beukema, W. (1951) *Ned. T. Geneesk.* 95, 1568.
Cortner, J. E. (1959) *Amer. J. Dis. Child.* 98, 311.
Koumans, A. K. J. (1950) *Ned. T. Geneesk.* 94, 3233.
Nieuwenhuis, G. (1953) *Ned. T. Geneesk.* 97, 2297.
Steenis, van P. B. (1953) *Ned. T. Geneesk.* 97, 1886 en 2298.
Zuidema, P. J. (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 1812.