

Diagnostiek en therapie van acuut reuma*

DOOR F. W. J. GRIBNAU**

DIAGNOSTIEK

Acuut reuma is een ontstekingsachtige ziekte, welke ontstaat door en na een subklinisch verlopen of een manifest streptokokken-infectie, met beta-hemolytische streptokokken groep A. De precieze pathogenese van de aandoening kennen wij niet; wel is bekend dat immuunmechanismen een rol spelen bij het ontstaan van de lesies. De frequentie van de ziekte neemt af.

Acuut reuma komt het meest voor bij wat oudere kinderen en bij jonge volwassenen. Het is een acuut optredend ziektebeeld met vaak zeer hevig ziek zijn, hoge koorts en ernstige pijn, waardoor de patiënt soms zelfs moeilijk is te onderzoeken. Indien een streptokokken-infectie manifest optrad is de ernst ervan vaak al afgenomen wanneer het acuut reuma verschijnt; men kan zich in dat geval voorstellen, dat de ziekteverwekkende immunologische processen een aantal dagen nodig hebben gehad om de aandoening te laten ontstaan. Heeft een patiënt een recent ontstane rode keel en artralgieën of myalgieën, dan is de gelijktijdigheid op zichzelf al reden om de diagnose acuut reuma te betwijfelen.

De diagnose berust vooreerst op de verschijnselen welke bij de patiënt worden waargenomen. Men onderscheidt hoofdsymptomen, waarvan er één of meer optreden, en vrijwel steeds voorkomende nevensymptomen:

* Naar een bijdrage aan het klinisch colloquium huisartsgeneeskunde van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, november 1974. Deze presentatie werd opgesteld mede in overleg met H. A. Nole, Dr. L. de Sonnaville, Dr. H. G. M. van der Velden, allen huisarts; Dr. J. K. van der Korst, reumatoloog en Dr. G. C. J. van der Ploeg, bacterioloog. De voordracht voor studenten geschiedde na bespreking van een casus door Dr. L. de Sonnaville en van de incidentie van de ziekte door Dr. H. G. M. van der Velden.

** Internist, verbonden aan het Laboratorium Farmacologie en aan de afdeling reumatologie van de kliniek voor inwendige ziekten, Katholieke Universiteit, te Nijmegen.

Hoofdsymptomen:

polyarthritis
carditis
chorea minor
erythema marginatum
subcutane noduli

Nevensymptomen:

koorts
gewrichtspijnen
buikpijn

De arthritis betreft vaak grote gewrichten, soms ook kleine, en verspringt, zodat in de loop van enkele dagen dan het ene, dan weer een ander gewricht is aangedaan. Bij ruim de helft van de patiënten, die voor het eerst acuut reuma hebben, ontstaat veelal na enkele ziektedagen carditis. Men vindt opvallende tachycardie, vergroting van het hart en vaak ontstaat een soufflé; het meest frequent is, als uiting van ontsteking van de mitraalkleppen, een vrijwel holosystolische soufflé aan de punt, blazend van karakter, voortgeleid naar de oksel, met een doffe eerste harttoon. Ook andere soufflés komen voor. Pericarditis of decompensatio cordis bij de acuut reuma-carditis zijn zeldzaam. De frequentie van carditis bij acuut reuma houdt in dat men de eerste tien dagen een dergelijke patiënt hierop dagelijks dient te onderzoeken.

De laboratoriumdiagnostiek omvat naast de bepaling van de bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes (vaak zeer hoog) en leukocytentelling, onderzoek naar de verwekker. Men doet hier toe een keeluitstrijk, alvorens enigerlei antimicrobiële therapie wordt gegeven en laat de AST (antistreptolysinentiter) bepalen. De AST-meting wordt na enkele weken herhaald, daar pas een titerstijging bewijzend is voor een recent doorgemaakte streptokokken-infectie; één bepaling zegt weinig.

Differentieel-diagnostisch geven virusinfecties van de mond- en keelholte en bovenste luchtwegen de grootste pro-

Samenvatting. De diagnostiek van het acute reuma wordt beknopt besproken, met de gebruikelijke indeling van de symptomatologie in hoofd- en nevensymptomen. De ernst van de ziekte en de mogelijke late gevolgen onderstrepen de noodzaak de patiënt zorgvuldig te controleren en stelselmatig te behandelen met een regime, bestaande uit een geruime periode van bedrust, blijvende eliminatie van streptokokken en analgetische, anti-inflammatoire behandeling met salicylaten. De antibiotische behandeling geschiedt in principe met penicilline-G. Salicylaten worden gegeven in een de toxiciteitsgrens naderende dosering. De in Nederland gebruikelijke medicatie wordt gedetailleerd besproken.

blemen. Men zal dan vaak moeite hebben te decideren. Overleg met collegae-huisartsen, die in de betreffende stads-wijk ook patiënten behandelen of met de leerkracht van de school van een kind kan dan nuttig zijn.

THERAPIE

De therapie van acuut reuma bestaat uit: A bedrust; B permanente eliminatie van de streptokok; C salicylaten, als anti-inflammatoir, analgetisch middel.

A. *Bedrust.* Ook al verloopt bij een patiënt het acuut reuma betrekkelijk licht, toch dient men hem van de noodzaak van circa twee weken bedrust te overtuigen. Is het verloop ernstig, dan kan deze periode veel langer zijn. Iemand met acuut reuma dient minimaal zes weken als patiënt te gelden; het ziekteverloop bepaalt of deze tijd langer wordt. Mobilisatie na de bedrust moet geleidelijk gebeuren.

B. *Eliminatie van de streptokok.* Ongeacht of er wel of geen pharyngitis of angina tonsillaris manifest is, dient een patiënt met acuut reuma een penicillinekuur te krijgen, die hem van zijn streptokokken ontdoet en hem terzelfder tijd onmiddellijk tegen reïnfectie beschermt. Deze noodzaak tot beschutting klemt te

meer, daar men mag aannemen dat juist dit antibiotisch ingrijpen meteen het ontstaan van immuniteit benadeelt.

Voor de penicillinekuur zijn er enkele mogelijkheden:

– Vele huisartsen geven de voorkeur aan het gedurende tien dagen zelf toedienen per intramusculaire injectie van een penicilline, waarmee 24 uur lang adequate, dat wil zeggen bactericide bloedconcentraties worden bewerkstelligd. Veelal wordt gebruikt Bicilline, bevattend $\frac{3}{4}$ procaine-penicilline-G en $\frac{1}{4}$ natrium-penicilline-G, waarvan men 800.000 E per dag geeft zolang de patiënt nog koorts heeft; nadien de helft. Deze behandeling heeft het grote voordeel dat men de patiënt dagelijks zelf ziet, op carditis kan letten en tevens zekerheid biedt dat het werkzame middel bij de patiënt „binnen”-komt. Bij kinderen strandt een orale behandeling nogal eens, vooral indien het kind al na enkele dagen opknapt;

– Er zijn preparaten, die voldoende lang werken om als „kuur” te fungeren, in het geval van de in feite bijzonder gemakkelijk uit te roeien streptokok. Veelal gebruikt men een eenmalige injectie 1,2 miljoen E Penidural D/F, bevattend $\frac{1}{2}$ benzathine-penicilline-G, $\frac{1}{4}$ procaine-penicilline-G en $\frac{1}{4}$ kalium-penicilline-G. Gevaar bij deze behandeling is dat men de patiënt eerder onvoldoende observeert, evenals bij gebruik van een oraal penicillinepreparaat.

Verdere antibiotische profylaxe. Vanaf de laatste dag van toediening van een dagelijks gegeven preparaat wordt begonnen met een profylaxe ter voorkoming van het opnieuw streptokokken-drager worden van de patiënt; gaf men Penidural D/F, dan op de achtste dag. In ons land geeft men gedurende ten minste vijf jaar bij volwassenen en tot en met het twintigste jaar wanneer acuut reuma op de kinderleeftijd optreedt, elke vier weken een injectie van 1,2 miljoen E benzathine-penicilline-G (Penidural). De kans, dat de ex-patiënt in deze vierweeke periode opnieuw drager wordt of weer een infectie doormaakt is vrijwel nihil; de grote waarde van deze profylaxe is onomstotelijk bewezen. Het is noodzakelijk patiënt of ouders de noodzaak van deze behan-

deling goed uit te leggen en door middel van vaste afspraken in de agenda te regelen dat de injectie werkelijk het gehele jaar door elke vier weken wordt gegeven.

In geval van penicilline-allergie. Als aanloopbehandeling is in dit geval het meest geschikt tien dagen viermaal daags 250 mg erythromycine; bij kinderen viermaal daags 10 mg/kg. Profylactisch geeft men nadien een goed geresorbeerde, traag geëlimineerde sulfa, eenmaal daags een tablet van $\frac{1}{2}$ gram; dit vijf jaar lang, respectievelijk tot en met het twintigste jaar. De meest gebruikte preparaten zijn sulfadimethoxine (Madribon) en sulfamethoxy-pyridazine (Lederkyn).

Op deze plaats zij er nog eens op gewezen, dat tegenwoordig te pas en te onpas ampicilline en amoxycilline zeer frequent worden gebruikt. Het is goed te bedenken, dat een breed antibacterieel werkingspectrum in beginsel een ongunstige eigenschap is. Bij onnodig gebruik wordt, zonder dat daarvoor reden is, de bacterieflora van de patiënt geheel verstoord en worden velerlei resistenties ontwikkeld. Zeker mag men de term breedspectrum nooit interpreteren als „extra krachtig”, een mening welke velen impliciet of expliciet huldigen. In het geval van de zeer gemakkelijk met de gewone penicilline-G te doden streptokok bestaan er tenslotte nog aanwijzingen, dat hij ten overvloede bovendien relatief minder gevoelig voor ampicilline is!

C. Salicylaten. Salicylaten onderdrukken, tenminste symptomatisch, de ontstekingsverschijnselen, waardoor gewrichtspijnen afnemen, de koorts daalt en de carditis minder ernstig verloopt. In hoeverre zij op de lange duur het natuurlijke ziektebeloop wijzigen voor wat betreft de cardiale lesies is niet met zekerheid te zeggen. Bij acuut reuma wordt een salicylaat-dosis gebruikt welke dusdanig hoog is, dat men de toxiciteitsgrens nadert: een lichte mate van oorsuizen is dan het teken, dat men „goed zit”. Deze hoge dosis is het best te geven in opgeloste vorm.

Een veel gebruikt recept is:
R/Natrii salicylatis 100 g
Natrii bicarbonatis 67 g

Natrii pyrophosphatis 3,3 g
Sirupus aurantii 100 ml
Aque ad 1000 ml.

Hiervan wordt bij een volwassene zes tot tienmaal daags 10 ml gegeven; het verdient de voorkeur de dosis met een maatbekertje te laten afmeten. Indien zeer ernstige klachten van tinnitus of hevige gastroïntestinale bezwaren optreden, of indien daarentegen elk effect uitblijft moet men nagaan of het voorschrift wel correct wordt opgevolgd. De patiënt moet weten dat hij een telkens wat hogere dosis krijgt tot het oorsuizen wordt bemerkt. In die situatie bestaat een gemiddelde plasmasalicylaatconcentratie van 200 à 300 mg/l; bij genoemde uitersten van ernstige toxiciteit respectievelijk uitblijven van effect kan, indien uitvoerbaar, meting van de salicylaatconcentratie zinvol zijn. Aan jongere patiënten wordt een salicylaatdosis van 120 mg/kg gegeven.

De eliminatie van salicylaat uit het lichaam in de vorm van onveranderde uitscheiding in de urine (één van de wegen van eliminatie) is sterk afhankelijk van de zuurgraad van de urine. In alkalische urine (zoals die welke bij gebruik van genoemde drank ontstaat als gevolg van het erin aanwezige NaHCO_3) is het salicylzuur veel meer tot ion gedissocieerd dan in zure urine; het gedissocierde salicylzuur wordt vrijwel niet in de niertubuli teruggeresorbeerd. De alkalisering van de urine versterkt fors de bijdrage van deze eliminatieroute aan de totale eliminatie, waardoor de „plateau”-concentratie lager uitvalt dan anders het geval was geweest. Dit verklaart dat van geen bicarbonaat bevattende doseervormen zoals enteric coated tabletten Na-salicylaat (verkrijgbaar à $\frac{1}{2}$ gram) of acetylsalicylaat (à $\frac{1}{2}$ gram; merknaam Enterosalicyl) een dosis van 4 tot 6 gram per dag voldoende is voor hetzelfde resultaat, mits de patiënt niet door ruim gebruik van een NaHCO_3 houdend antacidum eveneens de urine-pH wijzigt.

Het acetylsalicylzuur wordt in het lichaam zeer snel in salicylzuur omgezet. De gemiddelde biologische halfwaardetijd van salicylzuur is zes uur, waarbij aanzienlijke interindividuele verschillen bestaan. De lotgevallen van het salicylaat in het lichaam zijn nog meer gecom-

pliceerd doordat de eliminatie-capaciteit van het lichaam bij hogere plasmaconcentraties beperkt is; verdere dosisverhoging, die op zichzelf niet heel groot is, leidt dan tot een veelvoud van de eerdere concentratie en ernstige toxiciteitsverschijnselen. Tijdens de behandeling met hoge doses salicylaat dient men, gete op het vorenstaande, dus zeer alert te zijn. De salicyltherapie wordt voortgezet tot een week nadat de acute verschijnselen zijn verdwenen.

ZIEKTEDUUR, WERKHERVATTING EN KEURINGEN

De ziekteduur is van individu tot individu zeer verschillend. Zoals reeds vermeld mag een patiënt niet eerder dan na zes weken weer werken, maar dit alleen als hij tenminste twee weken zonder medicatie geheel vrij van klachten is geweest, geen hartafwijking is ontstaan en in de laatste twee weken ook de bloedbezinkingssnelheid normaal was.

Wanneer een patiënt zonder restverschijnselen is genezen behoeven hem, buiten de genoemde profylaxe, geen verdere voorschriften te worden gegeven en zullen keuringen veelal geen problemen opleveren. Wel is men het er over eens dat het hebben doorgemaakt van acuut reuma een reden van afkeuring voor militaire dienst is; in dat geval is overleg met de keuringsarts van de indelingsraad nodig.

Doordat men in verband met het geven van de injecties de patiënt regelmatig ziet is het eenvoudig uitvoerbaar regelmatig, bijvoorbeeld halfjaarlijks, zijn hart te onderzoeken. Wordt toch een klepafwijking manifest dan is het verstandig de profylaxe levenslang voort te zetten en in alle omstandigheden, waarbij een bacteriëmie bestaat, te waken tegen endocarditis.

PROFYLAXE TEGEN ENDOCARDITIS

Bij infecties, tandheelkundige ingrepen en operaties ontstaat dikwijls een bacteriëmie. Verlittekende hartkleppen of endocard zijn nestelingsplaatsen voor deze in de circulatie aanwezige microorganismen, zodat bij patiënten, wie dit aangaat, een bacteriëmie moet worden bestreden. Hoewel dit geen prettig on-

derwerp van gesprek is dient dit aspect van zijn toestand grondig aan de patiënt te worden toegelicht.

De Nederlandse Hartstichting heeft een vouwblad over de preventie van bacteriële endocarditis uitgegeven; op deze plaats moge worden volstaan met vermelding van de handelwijze bij de met bloeding gepaard gaande tandheelkundige behandeling. Ten overvloede zij nog de nadruk gelegd op het nut van gebitsanering bij patiënten met restverschijnselen van een carditis omdat ook een slecht gebit oorzaak van bacteriëmie kan zijn.

De profylaxe richt zich in het geval van de tandheelkundige behandeling tegen de *Streptococcus viridans*. Geadviseerd wordt intramusculaire injectie van 600.000 E procaine-penicilline-G (als waterige suspensie en als suspensie in olie in de handel) waaraan toegevoegd 200.000 E penicilline-G, één uur voor de ingreep en herhaald op de beide erop volgende dagen; het eerder genoemde Bicilline is hiertoe dus bruikbaar. Indien behandeling alleen per os mogelijk is geeft men één uur voor de ingreep 500 mg penicilline-V, gevolgd door nog acht doseringen van 250 mg om de zes uur; de orale behandeling heeft het grote bezwaar van fouten.

In geval van penicilline-allergie neemt men zijn toevlucht tot erythromycine, waarvan aan volwassenen twee uur voor de ingreep 500 mg wordt gegeven, gevolgd door acht doses van 250 mg om de zes uur; bij kinderen is de dosis 20 mg/kg. De penicilline-overgevoelige patiënten zullen veelal orale profylaxe gebruiken en uit macht der gewoonte wellicht trouwere „slikkers” zijn geworden, zodat men deze groep oraal zou kunnen behandelen; anderzijds is ook erythromycine voor injectie voorhanden.

BANALE KEELINFECTIES BIJ GEZONDEN

Het onderzoek, door *Bots* in ons land verricht, heeft aangetoond dat in de huisartspraktijk 85 procent van de streptokokken-infecties wegens het zeer lichte verloop niet door de huisarts wordt gezien. De patiënten met acuut reuma tijdens dit onderzoek in zijn praktijk bevonden zich allen in deze „gemis-

te” groep. In de huisartspraktijk zou na een streptokokkenpharyngitis acuut reuma als complicatie in minder dan een half procent van de gevallen voorkomen; dit getal is 3 procent wanneer in een gesloten gemeenschap als een kazerne een streptokokkenpharyngitis in epidemische vorm onbehandeld blijft. Van alle keelinfecties wordt maximaal 60 procent veroorzaakt door streptokokken.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat antibiotische behandeling van alle keelinfecten als profylaxe van acuut reuma geen zin heeft, daar minstens 40 procent niet door streptokokken wordt veroorzaakt, van de streptokokkale aandoeningen slechts 15 procent wordt gezien, en – doch dit gebaseerd op kleine getallen – in de niet-geziene groep juist het acuut reuma optrad. Extra nadelen van eventueel gegeven penicillinebehandeling vormen daarnaast nog een kans van 1 procent op een allergische reactie, het in de hand werken van resistentie-ontwikkeling en afneming van de mate waarin individuen op gewone wijze antistoffen maken. Wanneer men een keelontsteking constateert in een gesloten gemeenschap in epidemievorm en zekerheid verkrijgt dat een streptokok de verwekker was, is antibiotische therapie van de patiënten wel zinvol. Als andere uitzonderlijke situaties kunnen worden genoemd zeer ernstige keelontstekingen, patiënten van wie een gezinlid of die ooit zelf acuut reuma, chorea of acute glomerulonefritis hebben doorgemaakt, patiënten die een vitiolum cordis hebben en, als laatste groep, patiënten met een sterk verminderde weerstand. In deze gevallen neemt men de eventuele nadelen van antibiotische therapie terecht op de koop toe.

PROGNOSE

Klinische gegevens over de wijze waarop de gegeven therapie het beloop van de ziekte wijzigt, in de vorm van een onderzoek met onbehandelde controles, zijn er niet en zullen terecht ook nooit beschikbaar komen; dit is evenzeer het geval ten aanzien van de beschreven endocarditisprofylaxe. Indien in het acute stadium geen carditis bestond, blijkt niettemin later in zes procent van de ge-

vallen een hartlesie te bestaan. Dit percentage neemt toe, afhankelijk van de ernst, indien in het acute stadium wel carditis bestond. Een goede, lang volgehouden profylaxe na polyarthritis of chorea minor verbetert de prognose, daar recidieven verergerend werken.

Summary. Diagnosis and treatment of acute rheumatic disease. The diagnosis of acute rheumatic disease is briefly discussed on the basis of the conventional division of the symptomatology into principal and accessory symptoms. The severity of the disease and the possibility of late sequelae emphasize the need for careful supervision of the patient and systematic treatment by means of a regimen which consists of an ample period of bed rest,

radical elimination of streptococci, and analgesic and antiphlogistic medication with salicylates. Antibiotic medication in principle consists of penicillin-G administration. Salicylates are given in doses which approximate the toxicity threshold. The medication conventionally used in The Netherlands is described in detail.

Blécourt, J. J. de, J. K. van der Korst en R. L. F. Nienhuis. Klinische Reumatologie. Stafleu, Leiden, 1973.

Bots, A. W. De keelontsteking in de huisartspraktijk. Dissertatie, Leiden, 1965.

Formijne, P. (1963) Ned. T. Geneesk. 107, 113.

Goslings, W. R. O. en N. Lubsen. Antimicrobiële therapie. Agon Elsevier, Amsterdam en Brussel, 1966.

Levy, G., T. Tsuchiya, L. P. Amsel. (1972) Clin. Pharmacol. Ther. 13, 258.

Losekoot, G. en M. R. H. Stoppelman. (1969) Ned. T. Geneesk. 113, 1846.

Nederlandse Hartstichting. Vouwblad preventie van bacteriële endocarditis, 1973.

Ned. T. Geneesk. (1972) Rubriek Vraag en antwoord. 116, 751.

Pieterse, J. J. (1972) Ned. T. Geneesk. 116, 1298.

Stollerman, G. H., I. A. Pearce. (1968) Advanc. intern. Med. 14, 201.

Stoppelman, M. R. H. en G. Losekoot. (1969) Ned. T. Geneesk. 113, 1841.

Woodbury, D. M. Analgesic antipyretics, anti-inflammatory agents, and inhibitors of uric acid synthesis. In: Goodman, L. S. & A. Gilman. The pharmacological basis of therapeutics, 4th edition, Macmillan, New York, 1970.

Huidaandoeningen in de huisartspraktijk

DOOR DR. H. G. M. VAN DER VELDEN, HUISARTS*

„The skin, of course, makes detectives of all family physicians. Is the patient's rash due to diet, environment, his dog, his mother in law, or his doctor's last prescription?” – Mc. Caffery.

De huid is het meest individuele orgaan. Geen vinger-, geen lipafdruk is identiek aan een andere. Wij kunnen wel pogen „in de huid van een ander te krui-pen”, maar in de regel zal het ons nauwelijks gelukken te voorkomen dat onze huid afspiegelt hetgeen zich in ons binnenste afspeelt.

De huid is embryologisch verwant met hersenen en zenuwstelsel en dat heeft meer dan een symbolische betekenis. Zij speelt een belangrijke communicatieve rol in de relaties tussen de mensen, hetgeen niet in het minst geldt voor de arts-patiënt relatie. Zelfs indien de patiënt niet rechtstreeks een huidaandoening presenteert, kan de arts soms lichamelijk of psychosociaal dysfunctioneren aflezen aan het aspect van de huid. Gezondheid of ziekte, veroudering of spanning, zelfs geluk of onvrede zijn dikwijls waarneembaar aan de huid.

* Verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, directeur: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

De dermatologie is voor de huisarts geen „klein vak”. Aandoeningen van de huid brengen hem in aanraking met alle gebieden van de geneeskunde, met louter organische en zuiver psychosociale problemen en met alles wat daartussen aan mengvormen mogelijk is. De huisarts verkeert enerzijds in de gelegenheid allerlei stoornissen van de huid in een vroeg stadium te observeren en vele aandoeningen in hun beloop te volgen, anderzijds verkeert hij in een ongunstige positie ten opzichte van de specialist, waar het om de verdere diagnostiek en behandeling van meer uitzonderlijke of betrekkelijk zeldzame ziektebeelden gaat.

De observatie van de huid, de herkenning van min of meer typische of specifieke huidafwijkingen vereist een vaardigheid welke stoelt op de visuele herinnering, op een „déjà vu”. De huisarts kan deze vaardigheid vooral ontwikkelen en behouden ten aanzien van allerlei afwijkingen van de huid, zoals deze zich min of meer frequent in zijn praktijk voordoen.

De huisarts ontmoet in zijn dagelijks werk vele gezondheidsstoornissen en ziektebeelden welke, zelfs met de beste diagnostische benadering, niet zijn in te passen in de gebruikelijke „etiologische”

classificatie. Voor vele huidafwijkingen geldt niet alleen dat de etiologie onbekend is, zoals haaruitval en pityriasis rosea, doch eveneens dat de verschijnselen dikwijls zijn verdwenen alvorens een vermoede oorzaak is te bevestigen, bijvoorbeeld urticaria. De huisarts moet bij de hulpverlening vaak volstaan met een „werkdiagnose” welke van een ander – maar niet minder – niveau is dan de in het algemeen in de geneeskunde nagestreefde etiologische diagnose. Ook een werkdiagnose dient aan bepaalde criteria te voldoen, zij het eventueel negatieve criteria. Dit heeft immers gevolgen voor de in te stellen behandeling. Het is onjuist om een andere dan een „zo onschuldig mogelijke” therapie in te stellen, indien daarvoor niet voldoende argumenten zijn aan te voeren.

Een ongeveer veertigjarige vrouw (destijds sinds korte tijd ingeschreven in onze praktijk) bezocht het spreekuur wegens een reeds lang bestaande „jeukende plek” op een van haar onderbenen. Zij bracht een ledige tube mee van een of andere corticosteroidhoudende zalf, welke zij, volgens haar zeggen, al bijna een jaar tweemaal daags, overigens zonder succes gebruikte. Zij had de zalf elders maar steeds doen herhalen. Haar been toonde een vage, ovale wat erythemateuze, enigszins schilferende plek. Patiënte was lichamelijk gezond en er waren anamnestic geen aankno-