aangezien er dan therapeutisch meer mogelijkheden zijn. Daarnaast kunnen we ons in het algemeen vinden in de regel om na één TIA af te wachten en pas na een volgende TIA of bij het optreden van een aantal TIA's met kortere tussenpozen, maatregelen te nemen (verwijzen), al was het alleen maar om de ongetwijfeld grotere onrust, die dit opwekt. „Afwachten" is pas aan de orde, als er geen symptomen meer zijn; zijn die er wel, dan kunnen we immers (nog) niet van een *transient* ischaemic attack spreken. Bij „afwachten" wordt de patiënt na enkele dagen opnieuw bezocht. Dan kan de uitkomst van het laboratoriumonderzoek besproken worden (gesteld dat dit niet eerder tot specifieke maatregelen aanleiding heeft gegeven). Voorts moet de patiënt de gelegenheid hebben, eventuele vragen te bespreken.
Patiënten met een carotis-TIA en een „operabel" vaatstelsel zou men kunnen insturen voor eventuele angiografie en carotischirurgie. Onze groep staat sceptisch tegenover de zin daarvan. Beter zou het zijn als dit geschiedde in het kader van een onderzoek naar de effecten van de verschillende maatregelen. Zo'n onderzoek zou door huisartsen met specialisten moeten worden opgezet.

Dankbetuiging
Wij danken Prof. J. M. Minderhoud en Prof. H. J. G. H. Oosterhuis voor hun commentaar.

[1] Drift JHA van der. De „reversibele" attaque. Het Medisch Jaar 1977; 247-56.
[2] Huygen FJA. Huisartsgeneeskundige conferenties. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 13-5.
[3] Werkgroep projekten. Handleiding voor huisartsenprojektgroepen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, Huisartsenpers, z.j.
[4] Steenwinkel FLM. Cerebrovasculaire aan-

FRANS MEIJMAN*

Kattekrabziekte

Inleiding

Acute lymfeklierzwellingen komen regelmatig voor in de huisartspraktijk. Meestal is er sprake van een reactie op een infectie of ander ontstekingsproces in het drainagegebied van de lymfeklier. Deze primaire haard kan vaak worden vastgesteld, waarmee de lymfeklierzwelling als probleem op de achtergrond schuift.
Chronisch vergrote lymfeklieren of acute lymfeklierzwellingen met een trage regressie waarbij een primaire haard ontbreekt, vormen een moeilijker diagnostisch probleem. Al snel rijst de onrust over een mogelijke maligne aandoening, al dan niet van het lymfatische apparaat.

Die onrust ontstaat niet ten onrechte. De incidenties van benigne chronische derzoek let men daarbij natuurlijk op tekenen van regionale ontstekingen of maligniteiten.
Soms biedt alleen de anamnese aanknopingspunten. Dit is vaak het geval bij kattekrabziekte. De volgende patiëntendemonstratie illustreert dat het vroegtijdig vermoeden (en vooral bevestigen) van de diagnose kattekrabziekte onnodige onrust en speurwerk kan voorkomen.

Patiënt A

Een 22-jarige talenstudent werd medio december 1982 door mij gezien in verband met enige onrust over een traag genezend wondje aan de linker hand. Het zag er rustig uit en ik adviseerde hem af te wachten.
Vlak voor Kerstmis werd hij door een collega gezien in verband met een opge-

Beschouwing

Kattekrabziekte is een dankbare diagnose. De lymfeklierzwelling is verklaard en de patiënt kan gerustgesteld worden. De prognose is gunstig, hoewel de regressie van de klier weken tot maanden kan duren en er soms verettering optreedt.[2]
De geruststelling die past bij deze diagnose, is enigszins paradoxaal. Kattekrabziekte is immers eigenlijk een nogal duistere aandoening: etiologie en dus therapie zijn onbekend en de diagnostiek via de huidtest verloopt op indirecte wijze. Recent verscheen er echter een bericht over de mogelijke ziekteverwekker.[3] Via een zilverimpregnatiekleuring werden in lymfeklieren van patiënten met bewezen kattekrabziekte kleine bacteriën gevonden, die bij controles niet voorkwamen. Op grond hiervan en via immunologische proeven menen de auteurs het ziekteverwekkende agens van kattekrabziekte te hebben aangetoond.
Indien ook elders de bacteriële genese van de ziekte kan worden aangetoond, zal dit invloed hebben op de therapie en mogelijk ook op de diagnostiek. Antibiotica kunnen dan een rationeel antwoord betekenen, indien de intensiteit van de klachten medicamenteus ingrijpen gewenst maakt. Tot dusver werd een afwachtend beleid geadviseerd, hoewel er een gunstige invloed van tetracyclines op de ziekteduur werd gemeld.[2]

De ziektegeschiedenissen van de drie patiënten illustreren enkele bekende aspecten van het ziektebeeld. Het tijdsbestek tussen krab (of verwonding door besmet materiaal) en het optreden van een primaire huidlaesie kan dagen tot weken omvatten. Pas één tot drie weken later ontstaat een regionale lymphadenitis, meestal van één klier. De huidlaesie kan dan, zoals bij patiënt B en mogelijk ook bij patiënt C verdwenen zijn.
De intradermale test met het antigeen wordt op zijn beurt ook pas enige weken na de krab positief. Mogelijk is dit een alternatieve verklaring voor het negatieve resultaat van de eerste test bij patiënt B.
Twee patiënten hadden algemene ziekteverschijnselen, zoals ook elders vermeld worden.[2] Dit is echter niet obligaat. De verhoogde BSE die soms gevonden wordt, was bij de patiënten niet aanwezig. Eveneens ontbraken de soms aanwezige huidverschijnselen, zoals erythema nodosum, erythema annulare of exantheem.
Het histologische beeld van het operatiemateriaal van patiënt A past bij wat in de literatuur beschreven wordt: een niet-specifieke ontstekings-reactie in combinatie met epitheloïdcellen en granulomen. Er wordt overigens gewaarschuwd voor het risico van hardnekkige fistelvorming na biopsie of excisie. Er wordt een voorkeur uitgesproken voor cytologisch onderzoek van materiaal, dat via dunne-naald biopsie verkregen is.[2]
Kattekrabziekte is geen zeldzame aandoening. Uit gegevens van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de enige Nederlandse producent van het antigeen, wordt duidelijk dat de diagnose per jaar ten minste 125-160 maal bevestigd wordt via de huidtest (*tabel*). Bovendien zal, zoals bij patiënt A, de diagnose in een aantal gevallen louter op cytologische of histologische gronden gesteld worden. Tenslotte zal een onbekend aantal gevallen van kattekrabziekte schuil gaan achter de klinische diagnose niet-specifieke benigne lymphadenitis.
Uit de tabel blijkt tevens dat zo'n 1000 maal per jaar ergens in Nederland kattekrabziekte wordt opgenomen in de differentiële diagnose van een lymfeklierzwelling. Het aandeel van huisartsen daarbij is niet bekend. Zouden huisartsen snel aan een huisdier denken als ziektebron?

Tabel. Gegevens betreffende antigeen voor de huidreactie op kattekrabziekte, zoals ter beschikking gesteld door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Aantallen.

Periode	Verzonden ampullen	Terug ontvangen formulieren	Positief	Negatief	Niet gebruikte ampullen
juni 1974 t/m mei 1975	794	532	160	364	8
juni 1975 t/m mei 1976	1050	633	145	479	9
jan. t/m dec. 1980	973	533	163	370	
jan. t/m dec. 1981	1048	381	124	257	
jan. t/m dec. 1982	1047	567	160	407	

Dankbetuiging
Met dank aan Prof. Dr. A. C. Hekker, hoofd van het laboratorium voor virologie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne te Bilthoven, voor het ter beschikking stellen van de gegevens.

[1] Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 401-14.
[2] Hensen A, Oeberius Kapteyn ILTh., Horringa I. Kattekrabziekte Ned Tijdschr Geneeskd 1973; 117: 288-91.
[3] Wear DJ, Margileth AM, Hadfield TL, Fischer GW, Schlagel CJ, King FM. Cat scratch disease: a bacterial infection. Science 1983; 221: 1403-5.

Vervolg literatuur p. 209

[10] Verstraete M, Vermijlen J. Trombose. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1982.
[11] Herman B, Leyten ACM, Luijk JH et al. An evaluation of risk factors for stroke in a Dutch community. Stroke 1982; 13: 331-9.
[12] Ackerstaff RGA. Ingezonden. Ned Tijdschr Geneeskd 1982; 126: 2120-1.
[13] Gijn J van. Atherosclerose in de arteria carotis: catheterangiografie is nog niet verouderd. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 171-2.
[14] Gelmers HJ. Iatrogeen handelen bij cerebrovasculaire aandoeningen. In: Herkenning en preventie van iatrogene ziekten [syllabus]. Enschede: Van Hoytema Stichting, 1982.
[15] Valk J. Indikatie voor arteriografie bij CVA's. In: Neurologie en cerebrovasculaire ziekten [syllabus]. Enschede: Van Hoytema Stichting, 1980.
[16] Oosterhuis HJGH „Een tak van beroerte" [Inaugurele rede]. Groningen: Rijksuniversiteit te Groningen, 1977.
[17] Quan M, Puffer JC, Johnson RA. Transient ischemic attacks. J Fam Pract 1983; 17: 883-904.
[18] Hanley SP, Bevan J, Cockbill SR, Heptinstall S. A regimen for low-dose aspirin? Br Med J 1982; 285: 1299-302.
[19] Zarins CK. „Carotic bruit or carotic stenosis: what is the significance?" JAMA 1981; 245: 1462 [Samengevat in Consult voor de huisarts 1982; 99-100].