

Huidtesten

De huidtest is 'nog steeds' de hoeksteen van de diagnostiek van type-1-allergie.¹ *Lege artis* uitgevoerde huidtesten vertonen een hoge mate van overeenstemming met de RAST en de specifieke anamnese. Het uitvoeren van deze huidtesten in de huisartspraktijk, bijvoorbeeld bij allergische rhinitis, is in de Nederlandse huisartspraktijk nog geen standaard.² Het onderzoek van *Lucassen*, vermoedelijk een van de eersten in zijn soort, vertoont dan ook de kenmerken van een voorloper.³

Bij patiënten met klachten passend bij de atopische aandoeningen astma, constitutioneel eczeem, allergische rhinitis of conjunctivitis werd een huidpriktest uitgevoerd met vijf van de bekendste inhalatie-allergenen. Gouden standaard was het positief zijn van de Phadia-top plus één of meer van de vijf RAST-testen.

Uit het onderzoek bleek dat de helft van de patiënten die de huisarts consulteerden met klachten van atopie, een positieve huidtest had bij een negatieve uitslag van het specifiek IgE. Dit betekent dat de huisarts die op de beschreven, gangbare wijze gebruik maakt van de huidtesten, bij de helft van deze patiënten ten onrechte de diagnose allergie of atopie zal stellen. Om te voorkomen dat deze patiënten gaan denken een allergische aandoening onder de leden te hebben, is het welhaast onontkoombaar om bij al deze patiënten alsnog een RAST-bepaling te doen. Het invoeren van huidtesten in de huisartspraktijk bij atopische aandoeningen zal hierdoor zeker niet leiden tot het besparen van 'een groot aantal RAST's'.

Het grote aantal fout-positieve reacties wordt volgens *Lucassen* verklaard door 'irritantia' in de testvloeistof. Zijn onverwachte onderzoeksresultaat wordt naar alle waarschijnlijkheid echter beter verklaard door de kwaliteit van de testmethode als geheel:

- Uit het verslag wordt niet duidelijk of de vijf allergenen in het anonieme 'commercieel beschikbare extract' wel voldoende nauwkeurig geijkt waren op hun biologische werkzaamheid.
- Was het door de onderzoeker gekozen afkappunt conform de aanwijzingen van de fabrikant? Een reactie bij de priktest groter of gelijk aan 3 mm wordt door sommigen als positief bestempeld.
- Werd bij het bepalen van het afkappunt rekening gehouden met de grootte van de histaminekwaddel ('urtica')? Bij een priktest wordt bij een sterkte van 10.000 BU (biologische eenheden) een afkapwaarde van 0,4 maal de histaminekwaddel aangehouden.

- De grootte van de histaminekwaddel is leeftijdsafhankelijk. Op de leeftijd van 10 jaar is de gevoeligheid voor histamine mogelijk hoger dan in de rest van het leven. Wat gaf een nadere analyse van de resultaten voor de diverse leeftijdsgroepen te zien?

- Was de afstand van 'ongeveer 2 cm' die tussen de diverse huidprikken werd aangehouden wel voldoende om onderlinge beïnvloeding van de diverse huidprikken uit te sluiten? Een onderlinge afstand van 5 centimeter wordt aanbevolen.¹ Met zeven huidtesten per patiënt was daar zeker ruimte voor geweest op de volaire zijde van de onderarm.

- De overeenstemming tussen de twee praktijk-assistenten bij het aflezen van de huidtest zou zeer goed zijn geweest. De grootte van de urtica werd echter slechts door één assistente bepaald, en wel door de kwaddel met inkt te omcirkelen. Controle van de wijze waarop dit omcirkelen geschiedde, lijkt van vitaal belang voor de betrouwbaarheid van deze test.

Of het grote aantal fout-positieve reacties in het onderzoek van *Lucassen* uitsluitend veroorzaakt werd door 'irritantia' in de testvloeistof, is zeer de vraag. Mogelijk heeft een aantal van de hierboven genoemde factoren betreffende uitvoering en interpretatie van de huidtest zelf bijgedragen aan een schijnbaar overmatige huidreactie of aan overwaardering van de waargenomen kwaddel. Bij herhaling van dit onderzoek lijkt niet alleen controle op de kwaliteit van de testvloeistof aangewezen; ook zal meer aandacht besteed moeten worden aan uitvoering en interpretatie van de huidtesten.

Voor de dagelijkse praktijk laat het onderzoek van *Lucassen* intussen zien waar een mogelijke valkuil zit bij huidtesten voor allergie. Zolang de huisarts – nog afgezien van problemen met uitvoering en interpretatie van de huidtesten zelf – het risico loopt om te werken met een testextract vol 'irritantia', is het gebruik ervan in de huisartspraktijk aantoonbaar nadelig voor een goede zorg. Ter bevordering van de bruikbaarheid van de huidtesten dient de huisarts zich het hiertoe geschikte harnas aan te gespen.

B. Ponsioen

- 1 De Monchy JGR, Kauffman HF [Red]. Allergologie. Utrecht: Bunge, 1994.
- 2 Crobach MJJS, Jung HP, Toorenburg Beijer B, et al. NHG-Standaard Allergische en Hyperreactieve Rhinitis. Huisarts Wet 1995; 38: 216-27.
- 3 Lucassen P. De bruikbaarheid van huidtesten bij onderzoek naar atopische aandoeningen in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1995; 10: 457-60.

Naschrift

Bij de beoordeling van een diagnostische test moet ook gekeken worden naar het aantal terecht- en fout-negatieve uitslagen. De waarde van testkenmerken is verschillend in populaties met verschillende prevalenties.¹

Ponsioen heeft twee opmerkingen met betrekking tot het onderzoek naar de waarde van huidtesten in de huisartspraktijk:

- De voorspellende waarde van een positief testresultaat is zo slecht, dat de huisarts zo vaak aanvullend onderzoek (RAST) moet doen dat dit niet leidt tot besparing van 'een groot aantal RAST's'.
- Het grote aantal fout-positieve uitslagen wordt waarschijnlijk beter verklaard door een slechte methode van testen dan door de kwaliteit van het materiaal.

De conclusie van het onderzoek is dat negatieve huidtesten in 99 van de gevallen procent terecht-negatief zijn en positieve uitslagen in 49 procent van de gevallen terecht-positief. Daarom dient bij een positieve uitslag aanvullend onderzoek plaats te vinden (RAST). Als patiënten onderzocht waren zonder huidtesten, zouden er 360 RAST's gedaan zijn. Bij (ons) beleid met huidtesten als voorselectie behoeven slechts 113 RAST's gedaan te worden: een besparing van 247 RAST's, mijns inziens 'een groot aantal'. Huidtesten kunnen dus in de eerste lijn gebruikt worden als voorselectie voor nader onderzoek.

De door ons gebruikte Bencard testvloeistoffen worden uiteraard gebruikt volgens de aanwijzingen van de fabrikant. Ze werden ook pas geïntroduceerd na demonstratie en instructie. Verschillen tussen de leeftijdsgroepen waren niet aantoonbaar. De grootte van de histaminekwaddel is alleen gebruikt als controle op hyporeactiviteit van de huid en niet voor kwantitatieve weergave van het resultaat. 'For clinical purpose, it is sufficient to measure the longest and transverse diameter of the wheal and flare in millimeters or to use a semiquantitative grading system of 0 to 4+'.² De afstand van 'ongeveer 2 cm' tussen de diverse huidprikken is niet uit de lucht gegrepen: 'The drops are placed approximately 2 cm apart'.³ Dit moet mogelijk wat anders: 'False positive skin test results have been reported (...); a 4 to 5 cm distance for prick testing may be more appropriate'.² Ik ben benieuwd in welke mate het aantal fout-positieven vermindert als rekening wordt gehouden met deze eisen, ofwel in welke mate dit van belang is voor de testkenmerken in de eerste lijn.

Ik ben het met *Ponsioen* eens dat de huidtes-

ten zoals beschreven geen goed middel zijn om ziekte aan te tonen. Verbetering van testmateriaal en testmethode zijn dan ook wenselijk. Als aan deze vereisten is voldaan, ontstaat een voor de huisarts bruikbaar diagnosticum.

Ponsioen belicht in zijn reactie eenzijdig de positieve testuitslagen. Hij kijkt als het ware met een specialistische bril. Voor de huisarts is een sensitieve test, dus een test met weinig fout-negatieven, wenselijk. Zo worden immers gezonden (verreweg het grootste deel van de populatie) terecht gezond verklaard. Voor de specialist is een specifieke test belangrijk: een laag aantal fout-positieven bestempelt zieken terecht tot ziek (in een populatie die veel zieken bevat dankzij de zeeffunctie van de huisarts). De door mij beschreven test is door de hoge sensitiviteit en hoge negatief voorspellende waarde van nut voor de huisarts en niet voor de specialist.

Kijken door een specialistisch vizier naar patiënten in de eerste lijn leidt, zoals Ponsioen bekend moet zijn, niet altijd tot de juiste conclusies. Voor het beoordelen van diagnostische testen in de eerste lijn is een niet door hamassen gehinderd, ruimer blikveld nodig.

P. Lucassen

- 1 Bouter LM, Van Dongen MCJM. Epidemiologisch onderzoek, opzet en interpretatie. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.
- 2 Position statement. Allergen skin testing. *J Allergy Clin Immunol* 1993; 92 : 636-7.
- 3 Bousquet J. In vivo methods for study of allergy: skin tests, techniques and interpretation. In: Middleton E, Reed CE, Ellis EF, et al, eds. *Allergy. Principles and practice*. St Louis: Mosby, 1988.

NOTA BENE

Hoewel het drinken van wijn omgekeerd gerelateerd is aan dood door ischemische hartziekten, is het niet in het belang van de volksgezondheid het drinken van wijn te bevorderen. Stelling bij: Jansen A. Dendritic cells and macrophages in insulin dependent diabetes mellitus [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1995.