

ABSTRACT

Ascites due to hypothyroidism. – A 77-year-old man presented with ascites which was due to hypothyroidism. After the ascites had been brought into remission by salt restriction, diuretics and paracentesis, monotherapy with levothyroxin prevented recurrence. Ascites reappeared as soon as levothyroxin was withdrawn due to the patient's non-compliance. Distinctive aspects of this type of ascites are the high concentration of total protein in the ascites and the high serum-to-ascites albumin gradient (SAAG). The pathogenesis of ascites in hypothyroidism is unknown. Possible hypotheses include increased capillary permeability, obstruction to lymphatic flow caused by hyaluronic acid-albumin complexes, and diminished water diuresis due to excess antidiuretic hormone. A patient with unexplained ascites should be tested for hypothyroidism, especially when the SAAG is high (> 11 g/l).

LITERATUUR

- 1 Kinney EL, Wright RJ, Caldwell JW. Value of clinical features for distinguishing myxedema ascites from other forms of ascites. *Comput Biol Med* 1989;19:55-9.
- 2 De Castro F, Bonacini M, Walden JM, Schubert TT. Myxedema ascites. Report of two cases and review of the literature. *J Clin Gastroenterol* 1991;13:411-4.
- 3 Watanakunakorn C, Hodges RE, Evans TC. Myxedema; a study of 400 cases. *Arch Intern Med* 1965;116:183-90.

- 4 Bagchi N, Brown TR, Parish RF. Thyroid dysfunction in adults over age 55 years. A study in an urban US community. *Arch Intern Med* 1990;150:785-7.
- 5 Mauer K, Manzione NC. Usefulness of serum-ascites albumin difference in separating transudative from exudative ascites. Another look. *Dig Dis Sci* 1988;33:1208-12.
- 6 Rector jr WG, Reynolds TB. Superiority of the serum-ascites albumin difference over the ascites total protein concentration in separation of 'transudative' and 'exudative' ascites. *Am J Med* 1984;77:83-5.
- 7 Hoefs JC. Diagnostic paracentesis. A potent clinical tool. *Gastroenterology* 1990;98:230-6.
- 8 Baker A, Kaplan M, Wolfe H. Central congestive fibrosis of the liver in myxedema ascites. *Ann Intern Med* 1972;77:927-9.
- 9 MacSween RNM, Anthony PP, Scheuer PJ, Burt AD, Portmann BC. Pathology of the liver. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone, 1994;17:729.
- 10 Lange K. Capillary permeability in myxedema. *Am J Med Sci* 1944;208:15.
- 11 Parving HH, Hansen JM, Nielsen SL, Rossing N, Munck O, Lassen NA. Mechanisms of edema formation in myxedema – increased protein extravasation and relatively slow lymphatic drainage. *N Engl J Med* 1979;301:460-5.
- 12 Von Knorring J, Friman C. Mechanisms of myxedema formation [letter]. *N Engl J Med* 1980;302:469.
- 13 Liechty RD, Miller RF, Cohen WN. Myxedema causing adynamic ileus, serous effusions, and inappropriate secretion of antidiuretic hormone. *Surg Clin North Am* 1970;50:1087-98.

Aanvaard op 21 mei 1997

Epidemiologische mededelingen

Influenza in het seizoen 1996/'97; vaccinsamenstelling voor het seizoen 1997/'98

G.F.RIMMELZWAAN, J.C.DE JONG, A.I.M.BARTELD, E.C.J.CLAAS, J.K.VAN WIJNGAARDEN EN A.D.M.E.OSTERHAUS

De influenzasurveillantie in Nederland komt tot stand door samenwerking tussen het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), het Nationaal Influenza Centrum (NIC) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In het kader van de Continue Morbiditeitsregistratie wordt door de NIVEL-peilstationhuisartsen onder andere het aantal patiënten met een influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) geregistreerd. Dit levert een klinische indicator op die de influenza-activiteit in Nederland weerspiegelt. Daarnaast

SAMENVATTING

De eerste aanwijzing van griepactiviteit in Nederland in het influenzaseizoen 1996/'97 was de isolatie van een influenza-A/H₃N₂-virus in week 48 van 1996. In de daaropvolgende weken bleef het bij sporadische isolaties van influenzavirussen. Vanaf week 1 van 1997 nam de klinische influenza-activiteit toe en ze bereikte haar hoogtepunt in week 4 van 1997. Tegelijk met deze toename in klinische influenza-activiteit werd ook een toenemend aantal influenzavirussen geïsoleerd. De epidemie had een relatief geringe omvang. Aanvankelijk werden voornamelijk influenza-A/H₃N₂-virussen gevonden, maar in de tweede helft van de epidemie werd een toenemend aantal influenza-B-virussen geïsoleerd. De A/H₃N₂-virusvariant week in antigeen opzicht relatief sterk af van de varianten welke de voorgaande jaren circuleerden. Dit jaar hebben A/H₁N₁-virussen geen rol van betekenis gespeeld en kon slechts 1 virus van dit subtype worden geïsoleerd. Alle (sub)typen van influenzavirussen die dit seizoen werden geïsoleerd vertoonden een goede overeenkomst met de virusstammen die in het vaccin zijn gebruikt.

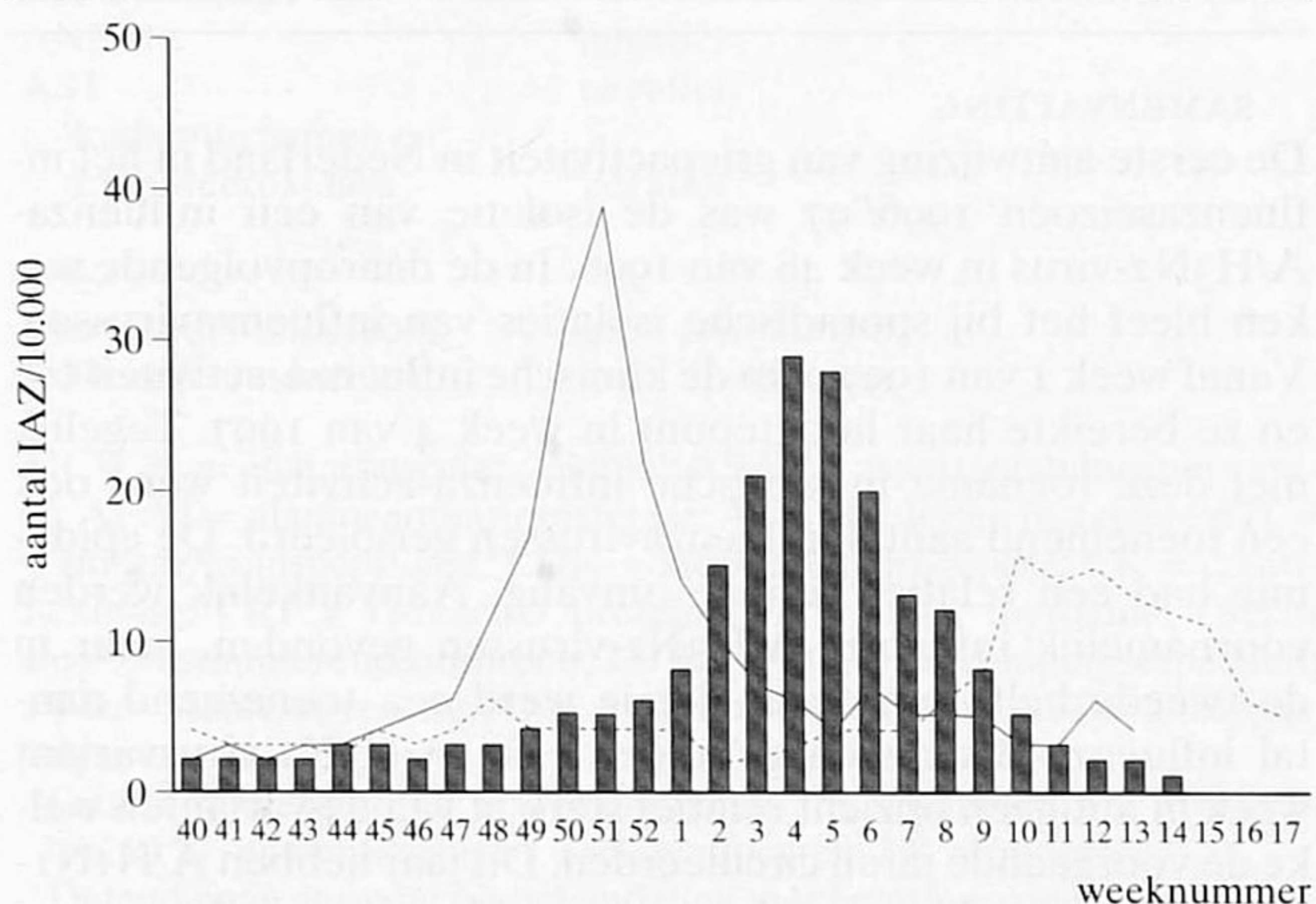
Nationaal Influenza Centrum van de WHO.
Erasmus Universiteit, afd. Virologie, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.
Dr.G.F.Rimmelzwaan en dr.E.C.J.Claas, virologen; prof.dr.A.D.M.E. Osterhaus, dierenarts-viroloog.
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Laboratorium voor Infectieziekten Onderzoek, Bilthoven.
Dr.J.C.de Jong, viroloog.
Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, Utrecht.
A.I.M.Bartelds, huisarts.
Inspectie voor de Gezondheidszorg, Rijswijk.
J.K.van Wijngaarden, geneeskundig inspecteur.
Correspondentieadres: dr.G.F.Rimmelzwaan.

worden door de NIVEL-peilstations respiratoire monsters van patiënten met een IAZ verzonden naar het

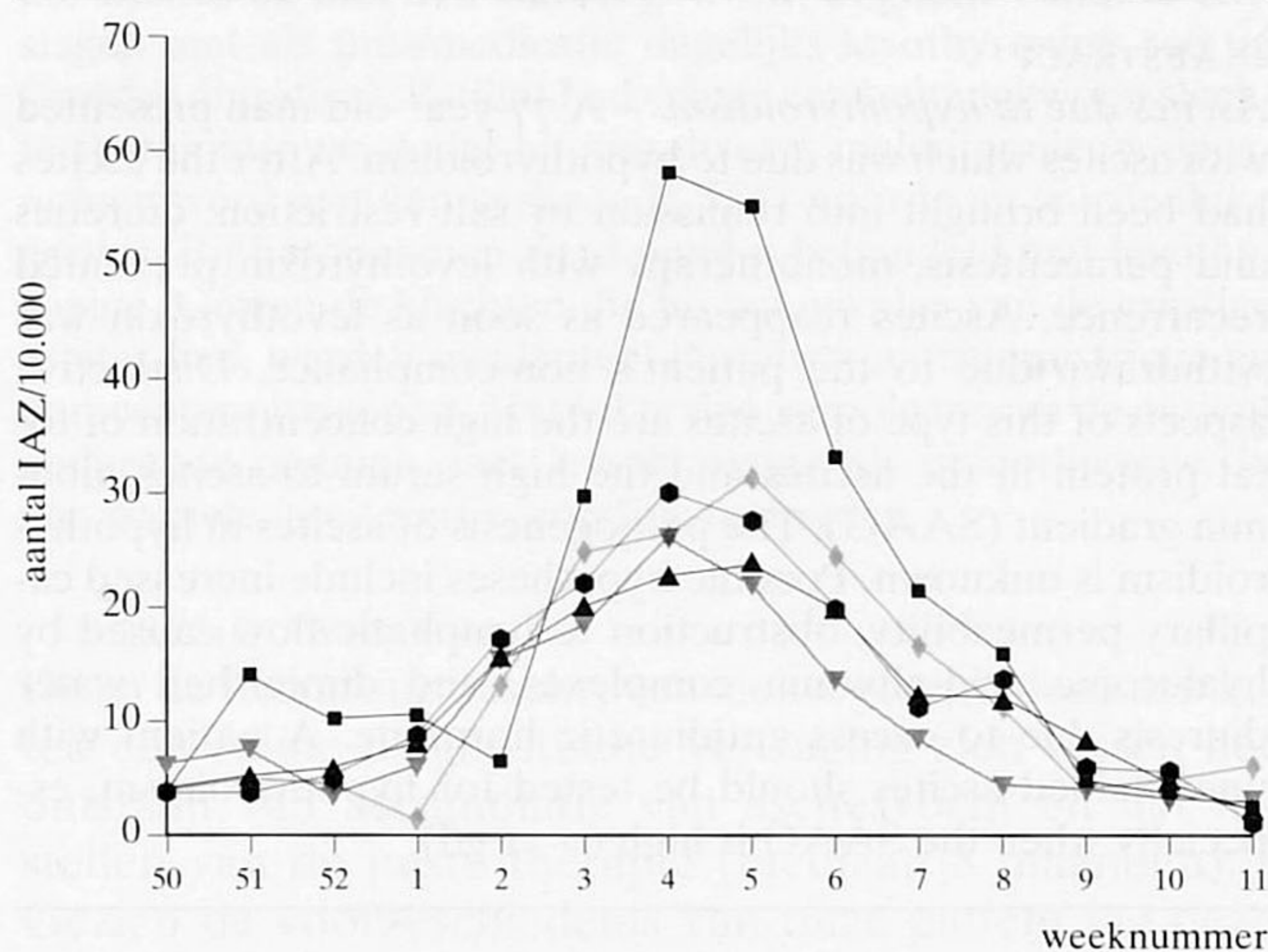
NIC. De hieruit geïsoleerde influenzavirussen en de stammen uit andere virologische laboratoria worden daar verder geanalyseerd en vergeleken met buitenlandse influenzastammen, waaronder die welke in de vaccins zijn gebruikt. Deze informatie wordt gerapporteerd aan de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), die mede op grond van deze gegevens een advies uitbrengt omtrent de vaccinsamenstelling voor het volgende influenzaseizoen.

DE EPIDEMIE 1996/'97

Het eerste signaal van griepactiviteit in het seizoen 1996/'97 in Nederland was de isolatie van een influenza-virus in week 48 van 1996. Het was een influenza-A/H₃N₂-virus, dat geïsoleerd werd bij een 2-jarig meisje dat met respiratoire problemen was opgenomen in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Sophia Kinderziekenhuis. Dit influenzavirus werd A/Nederland/172/96 (H₃N₂) genoemd. In de daaropvolgende periode van 4 weken werd een langzame stijging van de klinische influenza-activiteit waargenomen, die gepaard ging met sporadische isolaties van influenzavirussen. Het aantal patiënten met een IAZ dat door de NIVEL-peilstationhuisartsen geregistreerd werd, steeg in deze periode van 2,6 in week 48 tot 5,2 in week 52, per 10.000 inwoners (figuur 1). Vanaf week 1 van 1997 nam de influenza-activiteit verder toe, totdat in week 4 de piek werd bereikt met 28,8 patiënten met een IAZ per 10.000 inwoners. Er kan gesproken worden van een milde influenza-epidemie. Overigens werd evenals vorig jaar de hoogste morbiditeit geregistreerd bij kinderen in de leeftijdsgroep van 0-4 jaar. In week 4 van 1997, tijdens de piek van de epidemie, werden in deze groep 58 patiënten met een IAZ geregistreerd per 10.000 inwoners (figuur 2). Na week 4 nam de klinische influenza-activiteit af en in week 11 keerde ze terug tot het basisniveau.



FIGUUR 1. Klinische influenza-activiteit, weergegeven als het aantal patiënten met een influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) per 10.000 inwoners van Nederland per week in het seizoen 1996/'97 (■) en in de twee voorafgaande seizoenen: 1994/'95 (----) en 1995/'96 (—). Deze gegevens werden verzameld door peilstationhuisartsen in het kader van de Continue Morbiditeitsregistratie van het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL).



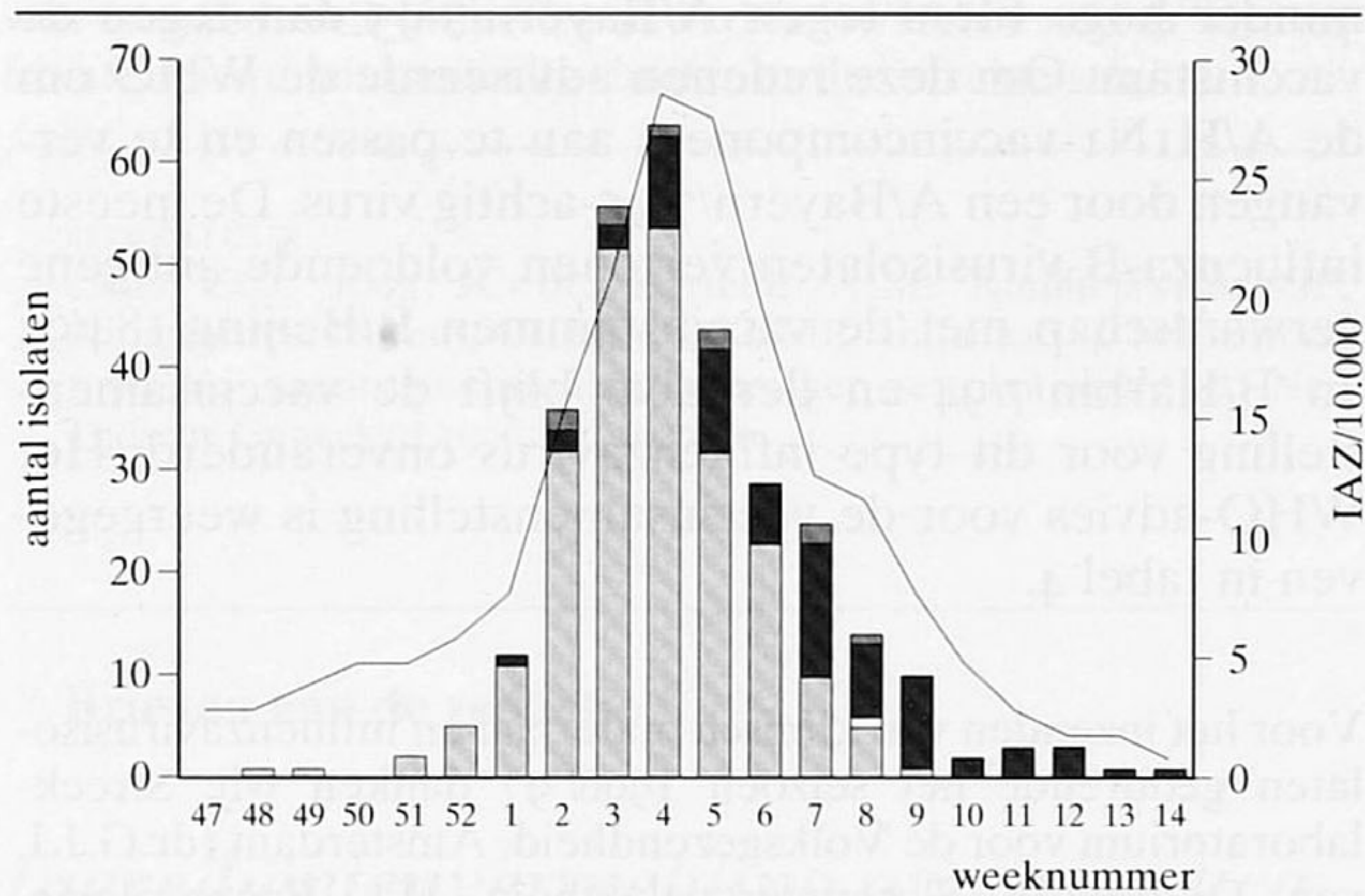
FIGUUR 2. Leeftijdsverdeling van de patiënten met een influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) in Nederland in het seizoen 1996/'97. De leeftijdscategorieën zijn: 0-4 jaar (■), 5-14 jaar (◆), 15-44 jaar (▲), 45-64 jaar (●) en \geq 65 jaar (▼). Weergegeven is het aantal patiënten met een IAZ per 10.000 inwoners in de betreffende leeftijdsgroep per week.

IDENTIFICATIE VAN DE VIRUSISOLATEN

Gedurende het verloop van het influenzaseizoen 1996/'97 werden in totaal 311 virusstammen gekarakteriseerd bij het NIC. Hiervan waren er 184 (59%) afkomstig van de virologische laboratoria en 127 (41%) van de NIVEL-peilstationhuisartsen. Zoals uit figuur 3 blijkt, werden tijdens de epidemie van dit seizoen tot week 4 voornamelijk influenza-A/H₃N₂-virussen gevonden, maar vervolgens nam de frequentie waarmee influenza-B-virussen werden gevonden toe. Van alle 311 geïsoleerde virussen behoorden 230 (74%) tot het subtype A/H₃N₂, slechts 1 tot het subtype A/H₁N₁ en 71 (23%) tot het type B; 9 type-A-virussen werden niet verder getypeerd. Overigens waren relatief meer influenza-B-virussen afkomstig van het netwerk van peilstationhuisartsen dan van de diagnostische laboratoria (figuur 4), een fenomeen dat al eerder door ons is waargenomen,^{1,2} en verband kan houden met een groter ziekmakend vermogen van influenza-A-virussen.

Een belangrijk aspect van de influenzasurveillance is het bepalen van de beschermende werking van het vaccin ten aanzien van de circulerende influenzavirussen. Van alle aangemelde virusstammen werd de serologische kruisreactiviteit met de vaccinstammen nader geanalyseerd met behulp van een hemagglutineringsremming (HAR)-test, waarbij gebruik werd gemaakt van een panel van referentie-frettenantiseren.

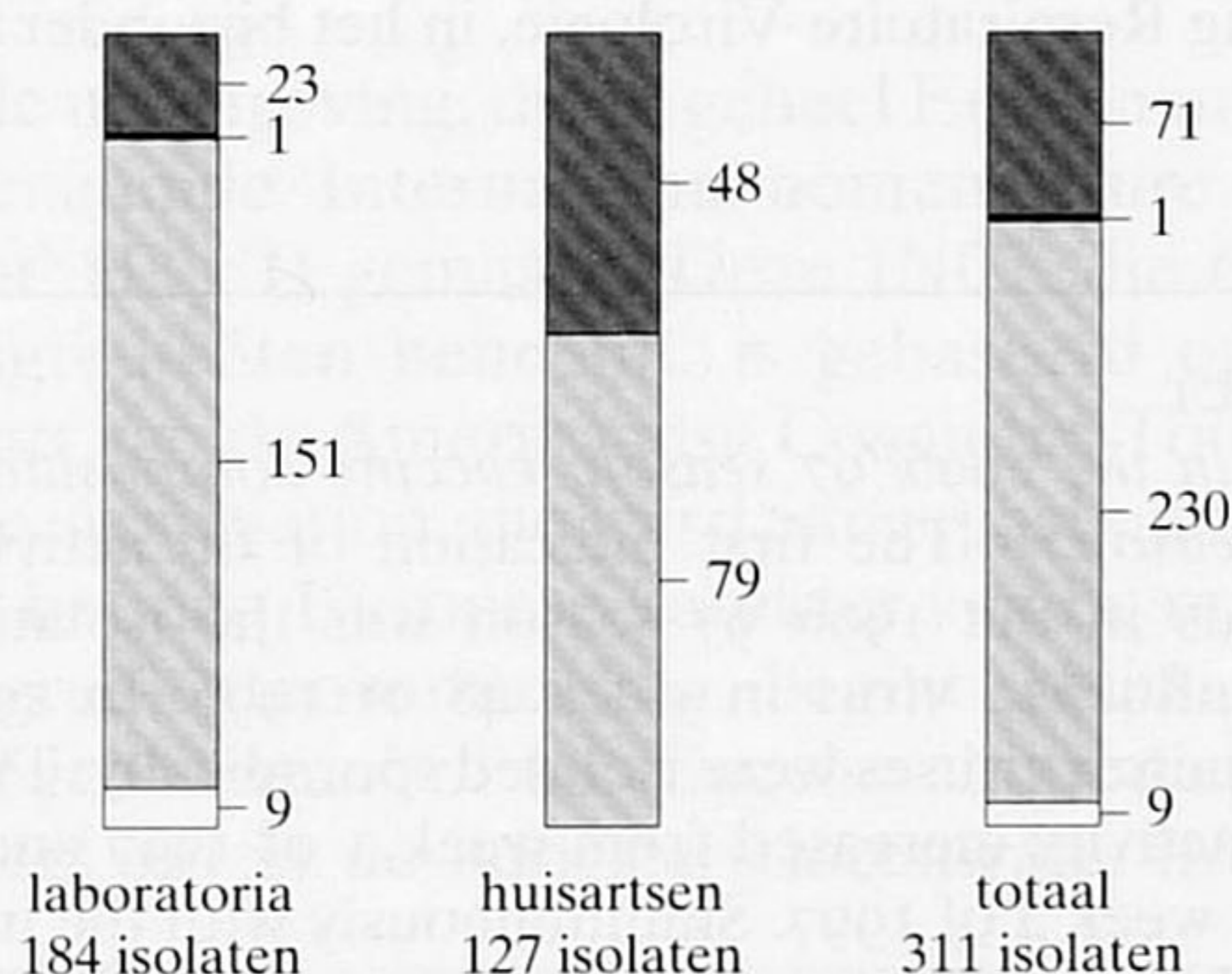
A/H₃N₂-virussen. Frettenantiserum tegen A/Nederland/218/95 vertoont een 8 maal zo hoge titer tegen het homologe virus als tegen A/Nederland/172/96 en A/Nederland/286/97 (tabel 1). Dit wijst erop dat de immuniteit die is opgebouwd in de bevolking tegen het A/H₃N₂-virus uit de voorgaande jaren slechts beperkte bescherming heeft geboden tegen de H₃N₂-virussen van het afgelopen seizoen.



FIGUUR 3. Het aantal virusisolaten met hun (sub)type dat per week bij het Nationaal Influenza Centrum (NIC) werd aangemeld. Weergegeven is het totale aantal virusisolaten dat door de diagnostische laboratoria is aangemeld en uit de monsters van de peilstationhuisartsen is geïsoleerd. Influenza-A/H₃N₂-virusisolaten zijn weergegeven als (□), A/H₁N₁-isolaten als (■), ongetypeerde A-virusisolaten als (■), influenza-B-virusisolaten als (■) en het aantal patiënten met een influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) per 10.000 inwoners van Nederland als (—).

Zoals uit tabel 1 blijkt, reageert het antiserum dat is opgewekt tegen de A/H₃N₂-vaccinstam A/Nanchang/933/95 goed met de in Nederland circulerende stammen. Gezien het feit dat het antiserum dat is opgewekt tegen de vaccinstam uit het seizoen 1995/96 (A/Johannesburg/33/94) veel slechter reageert met de huidige epidemiologische stammen, is de beslissing van de WHO om deze A/H₃N₂-stam het afgelopen seizoen te vervangen een goede geweest. Op grond van deze resultaten mag verwacht worden dat de antilichaamrespons die is opgewekt door de vaccinstam A/Nanchang/933/95 een goede bescherming zal hebben geboden tegen de epidemiologische stammen.

A/H₁N₁-virussen. H₁N₁-virussen hebben in dit influenzaseizoen geen rol van betekenis gespeeld. Slechts



FIGUUR 4. Het totaal van de geïsoleerde influenzavirussen met hun (sub)type en hun herkomst. Ongetypeerde influenza-A-virusisolaten zijn weergegeven als (□), A/H₃N₂-virusisolaten als (■), A/H₁N₁-virusisolaten als (■) en influenza-B-virusisolaten als (■). Onder de huisartspatiënten kwamen relatief meer influenza-B-virussen voor dan onder de patiënten van de diagnostische laboratoria.

1 virus van dit subtype werd in Nederland geïsoleerd, A/Nederland/275/97. Dit virus bleek nauw verwant aan de vaccinstam A/Texas/36/91. Ook antisera die waren opgewekt tegen de nieuwe H₁N₁-vaccinstam (zie later) bleken goed te reageren met A/Nederland/275/97 (tabel 2).

B-virussen. Frettenantiserum tegen B/Nederland/384/95 bleek homologe titers te hebben tegen B/Nederland/1/97 (tabel 3). Dit houdt in dat de immuniteit van de bevolking tegen influenza B, verworven in het seizoen 1995/96, optimaal werkzaam is geweest tegen de B-stammen die in 1996/97 circuleerden. In totaal werden 71 influenza-B-virussen geïsoleerd, die alle eenzelfde patroon vertoonden in de HAR-test als het influenzavirus B/Nederland/1/97, dat dit seizoen als eerste influenza-B-virus werd geïsoleerd en representatief is voor alle influenza-B-virusisolaten van dit seizoen. De influ-

TABEL 1. Titerwaarden gevonden in een kruis-hemagglutinatieremming (HAR)*-test van een aantal influenza-A/H₃N₂-referentiestammen, inclusief de vaccinstammen, en een aantal representatieve Nederlandse influenzavirusisolaten

A/H ₃ N ₂ -virus	HAR-titer van frettenantisera tegen				
	Joh/ 33/94	NL/ 218/95	Nan/ 933/95	NL/ 172/96	NL/ 286/97
A/Johannesburg/33/94†	1 280	640	< 10	40	20
A/Nederland/218/95‡	2 560	2 560	40	320	160
A/Nanchang/933/95§	160	160	640	640	320
A/Nederland/172/96	320	320	1 280	2 560	640
A/Nederland/286/97	320	320	1 280	1 280	2 560

*De HAR-titer is de omgekeerde waarde van de hoogste verdunning van het frettenantiserum die de hemagglutinatie van kalkoenerythrocyten door influenzavirus nog juist volledig remt. De homologe HAR-titers zijn cursief weergegeven.

†Vaccinstam voor het seizoen 1995/96.

‡Representatieve stam uit het seizoen 1995/96.

§Vaccinstam voor de seizoenen 1996/97 en 1997/98.

||Representatieve stam uit het seizoen 1996/97.

TABEL 2. Titerwaarden gevonden in een kruis-hemagglutinatieremming (HAR)*-test van een aantal influenza-A/H₁N₁-referentiestammen, inclusief de vaccinstammen, en een aantal representatieve Nederlandse influenzavirusisolaten

A/H ₁ N ₁ -virus	HAR-titer van frettenantisera tegen				
	Sin/ 6/86	Tex/ 36/91	NL/ 371/95	NL/ 275/97	Shen/ 227/95
A/Singapore/6/86†	640	640	10 240	1 280	1 280
A/Texas/36/91†	160	5 120	5 120	2 560	2 560
A/Nederland/371/95‡	160	2 560	20 480	2 560	2 560
A/Nederland/275/97§	1 280	2 560	10 240	2 560	2 560
A/Shenzen/227/95	320	2 560	10 240	1 280	2 560

*De HAR-titer is de omgekeerde waarde van de hoogste verdunning van het frettenantiserum die de hemagglutinatie van kalkoenerythrocyten door influenzavirus nog juist volledig remt. De homologe HAR-titers zijn cursief weergegeven.

†Vaccinstammen voor het seizoen 1996/97.

‡Representatieve stam uit het seizoen 1995/96.

§Representatieve stam uit het seizoen 1996/97.

||Vaccinstam voor het seizoen 1997/98.

TABEL 3. Titerwaarden gevonden in een kruis-hemagglutinerings (HAR)*-test van een aantal influenza-B-referentiestammen, inclusief de vaccinstammen, en een aantal representatieve Nederlandse influenzavirusisolaten

B-virus	HAR-titer van frettenantiseren tegen			
	Pana/45/90	Har/7/94	NL/384/95	NL/001/97
B/Panama/45/90†	1 280	160	320	160
B/Harbin/7/94‡	320	640	640	1 280
B/Nederland/384/95§	160	160	640	320
B/Nederland/1/97	320	160	1 280	640

*De HAR-titer is de omgekeerde waarde van de hoogste verdunning van het frettenantiserum die de hemagglutinaties van kalkoenerythrocyten door influenzavirus nog juist volledig remt. De homologe HAR-titers zijn cursief weergegeven.

†Vaccinstam uit het seizoen 1994/'95.

‡Vaccinstam uit de seizoenen 1995/'96 en 1996/'97 en voor het seizoen 1997/'98.

§Representatieve stam uit het seizoen 1995/'96.

||Representatieve stam uit het seizoen 1996/'97.

TABEL 4. Aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie voor de samenstelling van het influenzavaccin voor het seizoen 1997/'98,³ en de stammen die meestal in het vaccin zullen zijn verwerkt

virus(sub)type	stam
A/H3N2	A/Wuhan/359/95-achtige stam, meestal A/Nanchang/933/95 of RESVIR9
A/H1N1	A/Bayern/7/95-achtige stam, meestal A/Shenzen/227/95 of A/Johannesburg/82/96 of NIB-39
B	B/Beijing/184/93-achtige stam, meestal B/Harbin/7/94

enza-B-virussen die dit seizoen in Nederland circuleerden, weken niet significant af van B/Nederland/384/95, een representatieve stam uit het vorige seizoen. Zoals uit tabel 3 blijkt, reageert het antiserum dat is opgewekt tegen de vaccinstam B/Harbin/7/94 redelijk met de epidemiologische stammen.

DE VACCINSAMENSTELLING VOOR HET SEIZOEN 1997/'98

Tijdens de jaarlijkse vergadering van de WHO, die op 19 februari 1997 in Genève werd gehouden, werden de gegevens over het influenzaseizoen 1996/'97 samengevat en werden de antigenen verwantschappen van de mondiaal circulerende virussen geëvalueerd.³ De meeste influenza-A/H3N2-virussen waren nauw verwant aan de vaccinstam A/Wuhan/359/95, wanneer ze in HAR-tests werden geanalyseerd met postinfectie-frettenantiseren. De huidige vaccins, die een A/Wuhan/359/95-achtig virus bevatten, induceerden even hoge HAR-titers tegen representatieve recente A/H3N2-isolaten als tegen de vaccinstam. Veel van de influenza-A/H1N1-virussen die in 1996 werden geïsoleerd bleken af te wijken van de vaccinstammen (waaronder A/Texas/36/91) en meer verwant te zijn aan A/Bayern/7/95.

Frettenantiserum dat was opgewekt tegen dit virus bleek goed te reageren met een groot aantal verschillende A/H1N1-virussen. De huidige vaccins, die een A/Singapore/6/86-achtig virus bevatten, induceerden

minder hoge titers tegen A/Bayern/7/95 dan tegen de vaccinstam. Om deze redenen adviseerde de WHO om de A/H1N1-vaccincomponent aan te passen en te vervangen door een A/Bayern/7/95-achtig virus. De meeste influenza-B-virusisolaten vertonen voldoende antigenen verwantschap met de vaccinstammen B/Beijing/184/93 en B/Harbin/7/94 en derhalve blijft de vaccinsamenstelling voor dit type influenzavirus onveranderd. Het WHO-advies voor de vaccinsamenstelling is weergegeven in tabel 4.

Voor het inzenden van klinisch materiaal en influenzavirusisolaten gedurende het seizoen 1996/'97 danken wij: Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid, Amsterdam (dr.G.J.J. van Doornum); Slotervaartziekenhuis, afd. Bacteriologie, Amsterdam (mw.dr.W.C.van Dijk en dr.W.Pauw); GGD, afd. Preventieve Gezondheidszorg, Leiden (dr.E.de Klerk); Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Laboratorium voor Klinische Microbiologie, Amsterdam (dr.E.Kokenberg); Diagnostisch Centrum SSDZ, afd. Medische Microbiologie, Delft (dr.R.W.Vreede); Streeklaboratorium voor Pathologie en Microbiologie, Enschede (dr.M.Hendrix); Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid, Groningen (drs.F.P.Schröder en dr.R.J.Schirm); Streeklaboratorium Microbiologie, Leeuwarden (dr.D.Veenendaal); Laboratorium voor Medische Microbiologie, Nijmegen (dr.J.Galama en mw.dr.Y.Poort); Zuiderziekenhuis, Virologisch Laboratorium, Rotterdam (dr.J.Buitenwerf); Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, afd. Virologie, Rotterdam (dr.Ph.H.Rothbarth); Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid, Tilburg (dr.M.F.Peeters); Academisch Ziekenhuis, afd. Microbiologisch Diagnostisch Centrum Virologie, Utrecht (dr.A.Franke); Diaconessenhuis, afd. Medische Microbiologie, Utrecht (dr.R.J.Diepersloot, dr.J.A.Kaan, en dr.J.A.M.Kerckhaert); Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid, Veldhoven (dr.B.H.Postma); Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid, Venlo (dr.H.J.A.Sonderkamp); en verder alle peilstationhuisartsen die aan de virologische surveillance hebben deelgenomen.

Mw.L.van der Kemp, R.van Beek en mw.M.Baars (Erasmus Universiteit Rotterdam), T.Bestebroer, K.Bijlsma en C.Verweij (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu), analisten, bedanken wij voor de uitstekende technische ondersteuning.

Dit onderzoek werd financieel mede mogelijk gemaakt door de Stichting Respiratoire Virologie, in het bijzonder Influenza (SRVI).

ABSTRACT

Influenza in the 1996/'97 season; vaccine composition for the 1997/'98 season. – The first indication of flu activity in the Netherlands in the 1996/'97 season was the isolation of an A/H3N2 influenza virus in week 48 of 1996. In subsequent weeks influenza viruses were isolated sporadically. The clinical influenza activity increased from week 1 of 1997 and reached its peak in week 4 of 1997. Simultaneously with the increase of clinical influenza activity, an increasing number of influenza viruses were isolated. The epidemic had a relatively small extent. Initially, A/H3N2 influenza viruses were predominant, but in the second half of the epidemic an increasing number of influenza B viruses were isolated as well. The A/H3N2 viruses were antigenically fairly strongly distinct from the variants prevalent in the preceding years. This season influenza A/H1N1 viruses did not play a significant role and only one virus of this subtype

was isolated. All influenza A/H₃N₂, A/H₁N₁ and B viruses isolated were antigenically similar to the vaccine strains.

LITERATUUR

¹ Claas ECJ, Jong JC de, Bartelds AIM, Rimmelzwaan GF, Wijngaarden JK van, Osterhaus ADME. Influenza in het seizoen 1995/'96; vaccinsamenstelling voor het seizoen 1996/'97. Ned Tijdschr Geneeskd 1996;140:2047-50.

² Claas ECJ, Jong JC de, Bartelds AIM, Bijlsma K, Rothbarth PR, Groot R de, et al. Influenza types and patient population [letter]. Lancet 1995;346:180.

³ Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 1997-1998 season. WHO Wkly Epidemiol Rec 1997;72:41-7.

Aanvaard op 14 juli 1997

Brieven aan de redactie

Ingrediëntenvermelding op cosmetica

A.C.DE GROOT, C.J.W.VAN GINKEL EN J.W.WEIJLAND

Bij patiënten met een allergisch contacteczeem door het gebruik van cosmetica kunnen de oorzakelijke allergene bestanddelen door middel van epicutaan allergologisch onderzoek ('plakproeven') geïdentificeerd worden. Tot nu toe had de aldus verkregen informatie doorgaans weinig praktische betekenis voor de patiënt wanneer hij andere producten wilde aanschaffen, aangezien de bestanddelen zelden op cosmetica stonden vermeld. In deze weinig bevredigende situatie is nu verandering gekomen, omdat op 1 januari 1997 in de Europese Unie nieuwe wetgeving van kracht is geworden, die (onder meer) betrekking heeft op ingrediëntendeclaratie op cosmetica. De wet schrijft voor dat alle cosmetische producten die in de Europese Unie verhandeld worden op de verpakking voorzien moeten zijn van een lijst van hun bestanddelen. Indien dat in de praktijk onmogelijk is (zoals bij zeer kleine verpakkingen), mogen de bestanddelen ook worden vermeld op een bijsluitertje, gevoegd bij het cosmetisch product. Het primaire doel van ingrediëntendeclaratie is dermatologen in staat te stellen specifieke bestanddelen van cosmetische producten te identificeren die bij hun patiënten allergische reacties veroorzaken.^{1,2}

Voor de naamgeving, die in geheel Europa uniform is, is de zogenaamde 'International nomenclature cosmetic ingredient' (INCI) gemaakt. Deze INCI, die 6300 cosmetica-ingredienten benoemt, is gebaseerd op de nomenclatuur van de Amerikaanse Cosmetic, Toiletry and Fragrance Association, die werd aangepast om 'recht' te doen aan het pan-Europese karakter van de richtlijnen.

De ingrediëntenvermelding begint altijd met het woord 'Ingrediënten' of het Engelse 'Ingredients'. Het bestanddeel dat in de hoogste concentratie in het pro-

duct aanwezig is, wordt als eerste vermeld. Daarna volgen de andere bestanddelen op grond van afnemende concentratie. Ingrediënten die in een concentratie van lager dan 1% in het product aanwezig zijn, worden in willekeurige volgorde na de andere bestanddelen vermeld. Geheel achteraan worden (indien ze aanwezig zijn) de kleurstoffen genoemd met hun kleurenindex ('color index')-nummer (CI . . .). Geurstoffen worden met de term 'parfum' aangeduid. Individuele parfumgrondstoffen hoeven (helaas) niet te worden vermeld. 'Aroma' geeft het gebruik van smaakstoffen aan (bijvoorbeeld in tandpasta).

De aanduiding '+/-' betekent: 'kan bevatten' ('may contain'). Om bij decoratieve cosmetica (lippenstift, oogschaduw) niet op elk specifiek product uit een bepaalde merklijn aan te hoeven geven welke kleurstoffen erin verwerkt zijn, mag de fabrikant op al die producten vermelden welke kleurstoffen in de gehele lijn worden gebruikt; '+/-' betekent dus dat de opgesomde kleurstoffen niet noodzakelijkerwijs ook in het betreffende product aanwezig zijn.

Wanneer een contactallergie is vastgesteld voor één of meer bestanddelen van cosmetische producten, moeten de betreffende namen aan de patiënt worden meegedeeld. Hierbij is het noodzakelijk dat de INCI-namen gebruikt worden. Op die manier kan de patiënt cosmetica kiezen die voor hem vanuit allergologisch oogpunt veilig zijn. Met de invoering van de INCI-nomenclatuur behoren enkele vertrouwde namen tot het verleden, onder andere:

- Het conserveermiddel Kathon CG heet voortaan 'methylisothiazolinon, methylchlorisothiazolinon'.

- Het conserveermiddel Euxyl K 400 zal voortaan aangeduid worden als 'methyldibromoglutaronitril, phenoxyethanol'.

- Het aromatische Perubalsem krijgt de naam van de boom waarvan het afkomstig is, *Myroxylon balsamum* var. *pereirae*.

Om de overgang naar de INCI-namen te vergemakkelijken, zijn conversietabellen gepubliceerd voor allergenen die in cosmetica kunnen voorkomen.³

Carolus-Liduin Ziekenhuis, locatie Carolus, afd. Huidziekten, Postbus 1101, 5200 BD 's-Hertogenbosch.

Dr.A.C.de Groot, huidarts.

Academisch Ziekenhuis, afd. Dermatologie, Utrecht.

Dr.C.J.W.van Ginkel, huidarts.

Inspectie Gezondheidsbescherming, Enschede.

Dr.J.W.Weijland, apotheker.

Correspondentieadres: dr.A.C.de Groot.