

zaakt door schimmels en het actinomycetoma, waarvan schimmelachtige bacteriën uit de familie der Actinomycetaceae de verwekkers zijn.⁵ Het macroscopische en microscopische aspect van de granula kan een indicatie geven tot welke groep het organisme behoort. In grote lijnen zijn beide groepen als volgt te onderscheiden: het eumycetoma heeft zwarte of witgele granula en PAS-positieve hyphae, 3-6 μ breed, terwijl de granula van het actinomycetoma rood of wit-geel zijn met PAS-negatieve hyphae van 0,5 tot 1 μ breed.^{6,8} Definitieve identificatie is slechts door kweek en serologisch onderzoek mogelijk.

Het eumycetoma reageert in het algemeen slecht op medicamenteuze therapie, het actinomycetoma daarentegen pleegt beter medicamenteus behandelbaar te zijn, o.a. met dapson, streptomycine en co-trimoxazol.^{5,11} Met behandeling van preparaten uit de groep der imidazolen waaronder ketoconazol, zijn wellicht betere resultaten te verwachten.^{5,12,13} Bij het eumycetoma en het medicamenteus onbehandelbare of recidiverende actinomycetoma is meestal radicale chirurgische behandeling, d.w.z. amputatie aangewezen, aangezien het achterblijven van granulae in deze gevallen onherroepelijk tot recidieven zal leiden.^{5,6,14,15}

Bij de door ons beschreven patiënt met eumycetoma valt op dat de infectie ongewoon mild en geprotraheerd verloopt, tot nu toe zonder botdestructie. Wellicht hangt dit samen met het feit dat het hier een exceptioneel, nog niet eerder beschreven organisme betreft. Om deze reden zal voorlopig in dit geval getracht worden verder alleen met medicamenteuze therapie te volstaan.

SUMMARY

A patient with eumycetoma in the Netherlands. – The case is described of a patient in the Netherlands with white-granular eumycetoma of a foot which ran an unusually protracted clinical course. A species of Phialophora, not previously described, was isolated as the causative organism.

LITERATUUR

- 1 Vries GA de, Morriën JJ. Een geval van zwartkorrelige maduromycose in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1972; 116: 308-10.
- 2 Vries GA de, Hoog GS de, Bruyn HP de. Phialophora cyanescens sp. nov. with Phaeosclera-like synanamorph, causing white-grain mycetoma in man. Antonie van Leeuwenhoek 1984; 50: 149-53.
- 3 Avram A. Sur les agents causaux des mycétomes d'une contrée à climat temperé. A propos de 23 cas roumains. Mykosen 1969; 12: 139-47.
- 4 Balabanoff VA. Les mycétomes du sud-est de la Bulgarie. Ann Parasitol Hum Comp 1980; 55: 605-13.
- 5 Barnetson RS, Milne LJ. Mycetoma. Br J Dermatol 1978; 99: 227-31.
- 6 Manson-Bahr PH. Manson's tropical diseases. 16e druk. London: Baillière Tindall & Cassel.
- 7 Klokke AH, Swamidasan G, Anguli R, et al. The causal agents of mycetoma in South India. Trans R Soc Trop Med Hyg 1968; 62: 509-16.
- 8 Edington GM, Gilles HM. Pathology in the tropics, 2e ed. 271. London: Edward Arnold, 1976: 271.
- 9 Mahgoub ES, Murray IG. Mycetoma. London: Heinemann, 1973.
- 10 Davey WW. Comparison in surgery in Africa. London: Churchill Livingstone, 1973.
- 11 Mahgoub ES. Medical management of mycetoma. Bull WHO 1976; 54: 303-10.
- 12 Drouhet E, Dupont B. Chronic mucocutaneous candidosis and other superficial and systemic mycoses successfully treated with ketoconazole. Rev Infect Dis 1980; 4: 606-19.
- 13 Levine HB. Ketoconazole in the management of fungal disease. New York: Adis Press 1982.
- 14 Bezes H, Courbil LJ, Morin PG, Beaumont R. Tactique thérapeutique dans les mycétomes africains. Med Trop 1979; 39: 41-51.
- 15 Tautenhahn P, Tautenhahn E, Kleemann KU. Die chirurgische Behandlung der Maduromykose. Z. Ärztl Fortbild (Jena) 1977; 71: 963-6.

April 1984 ontvangen
November 1984 voor publikatie aanvaard

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Groeihormoon en de ziekte van Creutzfeldt-Jakob

R. STEENDIJK EN G.B.A. STOELINGA

Onlangs zijn in Amerika en Engeland 4 patiënten die in het verleden behandeld waren met menselijk groeihormoon (HGH), overleden aan de ziekte van Creutzfeldt-Jakob. De patiënten overleden op de voor deze ziekte relatief jonge leeftijd van 22-34 jaar; zij werden behandeld in een periode die varieerde van 10 tot 18 jaar voor het tijdstip van overlijden. Naar men thans weet, wordt de ziekte van Creutzfeldt-Jakob veroorzaakt door een agens dat veel kleiner is dan een virus. Het bevat geen nucleïnezuur en bestaat

waarschijnlijk uitsluitend uit een eiwit. Het moleculairgewicht is ongeveer 30.000 dalton. Deze verwekker wordt ook wel „prion” genoemd.

De ziekte komt zeer zelden voor: in West-Europa en de Verenigde Staten is de frequentie 1:1.000.000 inwoners. De incubatietijd bedraagt 2 tot 20 jaar. Na een kort durende periode van prodromale verschijnselen krijgen de patiënten een snel toenemende dementie en daarnaast neurologische verschijnselen van zowel cerebrale als cerebellaire aard. De ziekte is ongeneeslijk, eindigt na ongeveer 6 maanden met de dood en gaat niet gepaard met algemene infectiever- schijnselen, terwijl er in het lichaam geen afweerme- chanisme op gang komt. Het pathologisch-anato- misch substraat is gekenmerkt door spongiosering van het hersenweefsel met degeneratie van neuron en astrocytose.

Bestuur Nederlandse Groeistichting.

Prof.dr. R. Steendijk, voorzitter; prof.dr. G.B.A. Stoel- inga, secretaris/penningmeester.

Correspondentie-adres: prof.dr. R. Steendijk, Academisch Medisch Centrum, afd. Kindergeneeskunde, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.

Hoe de infectie in het algemeen tot stand komt, is niet duidelijk. Aangetoond is echter, dat inoculatie van voor de ziekte gevoelige dieren met hersenweefsel van een aan de ziekte overleden patiënt altijd na geruime tijd tot de dood van deze dieren leidt, waarna de kenmerkende histologische afwijkingen in de hersenen worden gevonden. Op grond van hetgeen thans over de epidemiologie en besmettelijkheid van deze ziekte is bekend, moet worden aangenomen dat er tussen de hypofysen, waaruit het aan de bovengenoemde patiënten toegediende groeihormoon werd bereid, zich één of enkele bevonden afkomstig van patiënten met de ziekte van Creutzfeldt-Jakob.

Hoewel de diagnose tot nu toe slechts bij één van de 4 patiënten histologisch kon worden bevestigd en bij de anderen de diagnose op grond van klinische verschijnselen werd gesteld, is deze ontwikkeling voor één van de grootste producenten van menselijke groeihormoon, KabiVitrum te Stockholm, aanleiding geweest de productie van het hormoon te stoppen en het produkt uit de markt te nemen. Hoewel de huidige zuivering van het menselijk groeihormoon veel beter is dan die van de preparaten waarmee de overleden patiënten werden behandeld, kan niet met zekerheid worden vastgesteld dat deze zuiveringsmethode borg staat voor een totale verwijdering van eventueel aanwezige prions. Andere producenten van menselijk groeihormoon menen dat hun methode van bereiding wel de gewenste mate van zuiverheid garandeert en gaan door met de productie.

In Nederland worden ongeveer 250 kinderen behandeld met menselijk groeihormoon. De schaar-

ste van dit preparaat was indertijd aanleiding om het niet op de markt te brengen, maar uitsluitend ter beschikking te stellen van de Nederlandse Groeistichting, die voor distributie en toediening van dit hormoon aan kinderen met een hypofysaire groeistoornis zou zorgdragen. In 1962 werd met deze wijze van werken een begin gemaakt. Na rijp beraad heeft de Groeistichting nu besloten voorlopig de behandelingen van deze kinderen op te schorten, totdat meer zekerheid kan worden verkregen over de vraag of het materiaal al dan niet prions kan bevatten. Enkele kinderen krijgen bij onderbreken van de behandeling met HGH gemakkelijk een soms ernstige hypoglykemie. Bij deze kinderen zal de behandeling worden voortgezet.

De patiënten en hun huisartsen zijn van deze betreurenswaardige ontwikkeling op de hoogte gesteld. Zodra meer zekerheid is verkregen, zal de behandeling worden hervat. Het zal echter ten minste een half tot één jaar duren voor het zover is. Intussen krijgt de Nederlandse Groeistichting, waarschijnlijk binnenkort, de beschikking over een kleine hoeveelheid synthetisch vervaardigd groeihormoon ten einde enkele kinderen hiermede te gaan behandelen. Mochten de resultaten hiervan gunstig zijn en mocht het hypofysaire groeihormoon in de naaste toekomst niet opnieuw kunnen worden voorgeschreven, dan zal het synthetische hormoon in de loop van de volgende jaren geleidelijk in de behoefte kunnen voorzien.

Mei 1985

ARTS EN SAMENLEVING

Beleid, ethiek en waarden in de gezondheidszorg

H. A. M. J. TEN HAVE, P. J. THUNG EN E. VAN LEEUWEN

Van 29 oktober tot 2 november 1984 werd nabij Athene een conferentie gehouden over „Health policy, ethics and human values – an international dialogue”. De organisatie was in handen van de Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), in 1949 opgericht door WHO en UNESCO.

Rijksuniversiteit Limburg, Capaciteitsgroep Gezondheids-ethiek en Wijsbegeerte, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Dr. H. A. M. J. ten Have, arts en filosoof.

Rijksuniversiteit, Leiden.

Afd. Metamedica: prof. dr. P. J. Thung.

Vrije Universiteit, Amsterdam.

Vakgroep Filosofie en Medische Ethiek: drs. E. van Leeuwen, filosoof.

Correspondentie-adres: dr. H. A. M. J. ten Have.

Vraagstelling

Tegen de achtergrond van nationale en regionale verschillen in culturen, religie en economische omstandigheden werden in de conferentie de volgende vier vragen besproken:

1. Met welke ethische problemen heeft het gezondheidszorgbeleid van doen?
2. Hoe interfereren deze met andere determinanten van dit beleid?
3. Hoe kunnen beleidsmakers deze problematiek hanteerbaar maken?
4. Hoe kunnen wij algemene menselijke waarden in onze verschillende gezondheidszorgstelsels tot hun recht doen komen?

Het stellen van deze vragen maakte de conferentie reeds tot een unieke gebeurtenis. De WHO, onder wiens auspiciën CIOMS opereert, heeft steeds gear-