

waar is. Op dit moment loopt een prospectief, gerandomiseerd onderzoek in verscheidene klinieken, waarbij patiënten met laparoscopisch aangetoonde endometriose onderverdeeld worden in groepen die (a) medicamenteus, (b) chirurgisch of (c) niet behandeld worden. Alleen op deze wijze is te bewijzen of endometriose een progressief verlopende ziekte is of niet.

Onze reactie is niet bedoeld als kritiek op het lezenswaardige artikel, maar als een aanvulling en een bijdrage in de discussie over deze veel voorkomende ziekte bij vrouwen.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Blumenkrantz MJ, Gallagher N, Bashore RA, Tenckhoff H. Retrograde menstruation in women undergoing chronic peritoneal dialysis. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 667-70.

<sup>2</sup> Willemsen WNP, Mungyer G, Smets H, Rolland R, Vemer H, Jap J. Behavior of cultured glandular cells obtained by flushing of the uterine cavity. *Fertil Steril* 1985; 43 (ter perse).

Nijmegen, mei 1985

W.N.P. WILLEMSSEN  
A.M.H.W. FRANSSEN  
H.M. VEMER  
P. JAP  
T. MUNGYER  
R. ROLLAND

Gaarne danken wij de collegae Willemsen et al. voor het commentaar bij ons artikel. Dat endometriumcellen op alle momenten van de cyclus in de buik kunnen komen na manipulatie, was ons bekend. Theoretisch gezien zou enting van cellen tijdens de door ons zo genoemde periofolatoire oestrogenendouche waarschijnlijk lijken. In de literatuur wordt er geen gewag van gemaakt. Wij kijken dan ook uit naar de resultaten van het door Willemsen et al. genoemde onderzoek, ook ten aanzien van de progressie van endometriose, welk onderzoek zich overigens over een lengte van jaren zal moeten uitstrekken.

Breda, mei 1985

L.W.A.R. BERGER  
M.V.A.M. KROEKS

### *De aansprakelijkheid van de arts bij het voorschrijven van Tegretol*

Hetgeen geschreven is in dit tijdschrift (1985; 607-8) over de aansprakelijkheid van de arts bij het voorschrijven van carbamazepine (Tegretol) noopt mij tot het weergeven van mijn uitgesproken mening in deze. De omschrijving van het optreden van de immunologische vorm van agranulocytose als „peracuut, als een dief in de nacht” berust op incomplete waarneming meest van oudere datum: de agranulocytose optredend bij de beruchtste groep middelen, de pyrazolon-derivaten (het best bekend als de Pyramidon-agranulocytose). Ik heb aannemelijk gemaakt dat een dergelijk acuut optreden van de Pyramidon-agranulocytose alleen dan en na kortstondig gebruik optreedt, als reeds door een voorafgaande gebruikperiode een sensibilisatie is opgetreden, zich geuit hebbende in granulocytopenie of agranulocytose.<sup>1</sup> Als het middel niet eerder werd gebruikt, zal deze bijwerking geleidelijker ontstaan. Dit is ook logisch omdat er voor het ontwikkelen van antilichamen bij dit immunologische proces tijd nodig is. Door laboratoriumcontrole (telling van leukocyten én differentiatie) is de agranulocytose te ontdekken vóór zich klinische manifestaties hebben voorgedaan. Zo is deze dief gewoon overdag in de kraag te vatten.

Agranulocytose van immunologische genese gedraagt zich steeds op de door mij beschreven wijze. Door uitvoerige bestudering van de vele in de literatuur beschreven patiënten met agranulocytose door gebruik van thyreostatica is mij gebleken dat we daarbij dezelfde karakteristiek vinden. Hetzelfde geldt ook bijv. voor de Levamisol-agranulocytose. Het voert in het kader van dit schrijven te ver alle kenmerken en variaties van de immunologische agranulocytose te beschrijven.

Naar mijn mening dient de arts, die middelen voorschrijft waarvan het bekend is dat zij agranulocytose kunnen veroorzaken, goed op de hoogte te zijn van de immunologische ontstaanswijze ervan en is hij verplicht passende laboratoriumcontrole uit te oefenen dan wel deze controle toe te vertrouwen aan een arts die wel over de vereiste kennis en ervaring beschikt.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Boersma JW. Preventie van agranulocytose tijdens het gebruik van pyrazolonderivaten, in het bijzonder van aminofenazon (Pyramidon). *Ned Tijdschr Geneesk* 1973; 117: 376-83.

Arnhem, mei 1985

J.W. BOERSMA

### *Pijn in de buik en nachtelijk zweten, een bijzondere combinatie*

Met veel interesse heb ik de klinische les van Slingerland et al. (1985; 721-4) gelezen. Ik wil gaarne het volgende er aan toe voegen.

De beide beschreven patiënten toonden een ziektebeeld arm aan fysisch-diagnostische bevindingen, in het bijzonder vonden de auteurs slechts summiere afwijkingen aan de buik. Tevens vermeldden zij het zeer zelden voorkomen van peritonitis tuberculosa in Nederland. Gedurende een enkele maanden durend bezoek aan een ziekenhuis te Djakarta, heb ik twee gevallen van peritonitis tuberculosa gezien, wat daar niet zeldzaam is (exacte cijfers zijn mij niet bekend). De diagnose stelde men aldaar op het klinische beeld (algemene malaise, koorts, nachtelijk zweten, vermagering en andere aspecifieke klachten), op het vinden van hobbelige weerstanden, verspreid over het abdomen, met een doorsnede van enkele millimeters, vast-elastisch aanvoelend, los van de bovenlaag en vast aan de onderlaag, die wegens het (sterke) vermagerd zijn eenvoudig te palperen waren, op het ascitesonderzoek (kweek, proteïnegehalte), en op de verbetering van de patiënt nadat enkele dagen tuberculostatica waren toegediend.

Een ook daar zelden voorkomend beeld van tuberculose betreft de volgende patiënt. Op de eerstehulpafdeling verscheen een jongeman van 23 jaar, in shock wegens bloedend ulcus duodeni, hetgeen met endoscopie bevestigd werd. Daar de bloeding niet te stoppen was, werd laparotomie verricht, waarbij een tumor van het caput pancreaticum werd gevonden met doorgroei in het duodenum. Er volgde een resectie volgens Billroth II, met medenemen van een deel van de pancreas. Bij pathologisch-anatomisch onderzoek bleek het te gaan om een tuberculeus proces van het caput pancreaticum met doorgroei tot in het duodenum.

Amsterdam, april 1985

N.M. GOEDKOOP

Een aanvulling op de interessante klinische les over peritonitis tuberculosa van Slingerland et al. (1985; 721-4) vanuit een tropenpraktijk: het ziektebeeld kan zich voor-

doen als een ileus. Dit zal niet onbegrijpelijk zijn, gezien de ook in de les genoemde adhesies. Bij 77 patiënten met mechanische ileus, behandeld in een ruraal districtsziekenhuis in Tanzania van 1979-1983, werd 3 maal een strengileus als gevolg van peritonitis tuberculosa vastgesteld.

Overveen, april 1985

J. VAN ROOSMALEN

Als aanvulling op de leerzame klinische les van Slingerland et al. (1985; 721-4) berichten wij over een sinds 10 jaar in Nederland wonende 34-jarige Pakistaan met 2 maanden bestaande zeurende onderbuikspijn met anorexie, gewichtsverlies (12 kilo) en koorts tot 40°C en nachtelijk zweten. De defecatie was geheel normaal. Hij had geen longklachten bij een blanco voorgeschiedenis. Een oom had tuberculose.

Bij opname zagen we een matig zieke man met subfebriële temperatuur. De buik was diffuus pijnlijk bij druk, zonder peritoneale prikkeling of abnormale weerstanden. Bezinking 98 mm, lichte microcytaire anemie. De Mantoux-reactie was 20 mm. Kweken en parasitair onderzoek van faeces, alsmede de Yersinia-serologie, vielen negatief uit. Thorax- en buikoverzichtsfoto en coloninloopfoto waren normaal. Er was een abnormale passage door de dunne darm met prestenotische dilatatie in het laatste ileumdeel. De CT-scan toonde een weke-delenzwelling tussen de dunne-darmlussen en rechts naast het colon ascendens maar geen lymfkliervergroting. Echografisch werd er vocht in de buik waargenomen. Met moeite werd 2 ml bloederige ascites verkregen voor specifieke kweek. Omdat de klachten van patiënt verminderden en de bezinking in 3 weken zonder behandeling tot 43 mm gedaald was, kon hij huiswaarts keren met de waarschijnlijkheidsdiagnose retractiele mesenteritis.

Bij poliklinisch bezoek bleef hij echter over de buik klagen en hij vermagerde; de bezinking bleef rondom 45 mm. De caviakweek van de ascites bleek negatief, hetgeen bij een volume van 2 ml geen verbazing behoeft te wekken.<sup>1</sup> Besloten werd tot een diagnostische laparotomie.<sup>2</sup> Daags voor de ingreep kwam het bericht dat de Löwenstein-kweek van de nuchtere maaginhoud een Mycobacterium opleverde welke getypeerd werd als een *M. tuberculosis*. De specifieke kweek van het tracheaspoelisel was negatief. Met doelgerichte therapie verminderden de klachten; het gewicht steeg, de bezinking daalde tot 5 mm en de ascites verdween.

De diagnose humane intestinale tuberculose met een mesenteritis c.q. peritonitis tuberculosa werd gesteld wegens een positieve Löwenstein-kweek van de nuchtere maaginhoud. Gezien de normale thoraxfoto en de negatieve tracheaspoeling, lijkt een actieve longtuberculose als verklaring voor deze positieve kweek onwaarschijnlijk. Regurgitatie van met tuberkelbacteriën besmette dunne-darminhoud is als oorzaak aannemelijker dan de zeldzame maaglokalisatie.<sup>3</sup> Men veronderstelt dat de humane darmtuberculose secundair is aan de longtuberculose en hematogeen ontstaat of door inslikken van infectieus sputum, al dan niet via galuitscheiding.<sup>4,5</sup> Misschien was hier reactivatie van een humane intestinale tuberculose bij een röntgenologisch genezen longtuberculose,<sup>6</sup> maar reactivatie van een in de vroege jeugd in Pakistan doorgemaakte primaire darmtu-

berculose na het nuttigen van met humane tuberkelbacteriën besmet voedsel blijft mogelijk.<sup>7</sup>

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Borhanmanesh F, Hekmat K, Vaezzadeh K, Rezai HR. Tuberculous peritonitis. *Ann Intern Med* 1972; 76: 567-72.
- <sup>2</sup> Kipper RE, Moertel CG, Dahlin DC. Mesenteric lipodystrophy. *Ann Intern Med* 1974; 80: 582-8.
- <sup>3</sup> Paustian FF, Monto GL. Tuberculosis of the intestines. In: Bockus HL, ed. *Gastroenterology*. 3e ed. Vol. 2. Philadelphia: WB Saunders, 1976: 750-77.
- <sup>4</sup> Sherman S, Rohwedder JJ, Ravikrishnan KP, Weg JG. Tuberculous enteritis and peritonitis. *Arch Intern Med* 1980; 140: 506-8.
- <sup>5</sup> Kalsbeek HL. Buiktuberculose mag (nog) niet worden vergeten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1979; 123: 33-6.
- <sup>6</sup> Case records of the Massachusetts general hospital, case 33-1980. *N Engl J Med* 1980; 303: 445-51.
- <sup>7</sup> Berghauer Pont JAW. Tuberculose van de darm. In: Buchem FSP van, Enneking JAMJ, Formijne P, Lindeboom GA, Mulder J, Querido A, eds. *Nederlands leerboek der interne geneeskunde*. 1e ed. 2e deel. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1960: 91-6.

Den Haag, april 1985

L.T. VLASVELD  
B.L. HOGEWIND

Collegae Goedkoop en Van Roosmalen vestigen terecht de aandacht op het feit dat peritonitis tuberculosa in ontwikkelingslanden geen zeldzame ziekte is. Het ziektebeeld is daar meestal duidelijker en kan zich, zoals uit hun commentaar blijkt, ook op andere wijzen manifesteren.<sup>1</sup> In de westerse landen komt peritonitis tuberculosa zelden voor en zal de patiënt in een vroeger stadium voor onderzoek komen. Het stellen van de diagnose is dan veel moeilijker door het ontbreken van afwijkingen bij lichamelijk onderzoek. De patiënt die collegae Vlasveld en Hogewind beschrijven, is hiervan zoals onze patiënten een typisch voorbeeld. Bovendien valt het op dat ook deze patiënt afkomstig is uit een ontwikkelingsland.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Singh MM, Bhargava AN, Jain KP. Tuberculous peritonitis: An evaluation of pathogenetic mechanisms, diagnostic procedures and therapeutic measures. *N Engl J Med* 1969; 281: 1091-4.

Rotterdam, mei 1985

R. SLINGERLAND  
L. MEERMAN

### *Een klassieke wijze van zelfdoding: met Taxus baccata*

Aangezien humane taxusvergiftiging weinig is beschreven, zal de mededeling van Janssen et al. (1985; 603-5) nog minstens vijftig jaar lang worden geciteerd. Al die tijd zal iedereen zich afvragen, waarom niet is medegedeeld, dat de inname van taxus-delen op de een of andere wijze is geverifieerd. Voorzover de mededeling nu gaat, heeft men daar alleen het woord van de patiënte voor. Dat is niet objectief, zelfs als zij een plantkundige van naam is geweest. Overigens kunnen de auteurs zich er beter bij neerleggen, dat tegen een deskundige patiënte toch niets valt te doen.

Rijswijk, april 1985

A.M. VAN DER ARK