

steld. Het betrof een Pakistaanse zeeman met een starre, zeer ernstige stenose in de ileocaecale hoek, die met een fiberscoop niet was te passeren en hoogstwaarschijnlijk oorzaak was van de ferriprive anemie. Deze patiënt werd geopereerd met als doel het stenotische darmdeel te reseceren onder de waarschijnlijkheidsdiagnose darmtuberculose (daarom de tuberculostatische paraplu). Gezien de bevindingen bij röntgenonderzoek en colonoscopie achtten wij de kans op slagen van tuberculostatische behandeling alléén gering. Bovendien moeten wij niet vergeten dat het een niet in Nederland woonachtige Pakistaanse zeeman betreft, die voor eventuele nazorg terug moet vallen op Pakistaanse voorzieningen; onze ervaring is dat daar in het algemeen niet veel van terecht komt. In gevallen als deze zijn wij dan ook eerder geneigd tot definitieve therapie dan tot eventueel maandenlang afwachten, zoals onder Nederlandse omstandigheden mogelijk is.

Ook tijdens en na de operatie hebben wij het besluit tot laparotomie niet betreurd. Het geresceerde darmdeel was volledig verlittekend met een lumen van slechts enkele millimeters. Ook bij histologisch onderzoek bleek het om een fibroserend proces te gaan met maar een zeer gedeeltelijk actieve ontstekingscomponent (minder dan 50%). Zoals door ons geschreven, kan bij de behandeling van darmtuberculose meestal met tuberculostatica worden volstaan; het is ons inziens een denkfout te veronderstellen dat een littekenstenose met medicamenten is op te heffen.

Een van de lessen die wij geleerd hebben is dat het endoscopische beeld van darmtuberculose sterk kan gelijken op dat van een tumor (dr. A.G.C. Bauer, internist). Helaas is de foto inderdaad (onder redactionele verantwoordelijkheid) foutief afgedrukt.

W. J. RIJNBERG
P. R. M. HEKKING

Rotterdam, februari 1986

De betekenis van endocervicale cellen in het uitstrijkpreparaat en een nieuwe techniek voor het afnemen van endocervicale uitstrijken

Trimbos et al. meldden dat de cervixborstel 'Cytobrush' voor het maken van een endocervixuitstrijkpreparaat doeltreffender is en een hogere opbrengst geeft dan de gebruikelijke wattenstok (1986; 162-5). Om de kwaliteit van de cytologische diagnostiek in de eerstelijns geneeskunde te verbeteren, zond het Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium in februari 1985 tien borsteltjes naar ieder van de meer dan 500 huisartsen. Bij de eerste beoordeling in mei 1985 bleek dat zonder uitzondering de huisartsen die deze methode toepasten, een score bereikten van vrijwel 100% representatieve uitstrijkjes (uitstrijkjes met endocervicale cellen);^{1,2} de overigen scoorden veel lager, en hadden onderling een zeer grote spreiding in percentages representatieve uitstrijken. Over een grotere hoeveelheid preparaten (september 1985) bleek de opbrengst 'positieve' (klasse IIIB en hoger) in de Cytobrush-groep significant hoger te zijn geworden. Daarnaast vonden wij naar verwachting dat de premaligne afwijkingen van het endocervixepitheel vaker werden gediagnostiseerd bij de Cytobrush-groep.³

Naar aanleiding van een vraag van Trimbos et al. of het borsteltje wel of niet routinematig dient te worden toegepast, beoordeelden wij het totale materiaal van 1985. Hierbij concentreerden wij ons op de vraag of binnen de groep van cervicale intra-epitheliale neoplasie verschillen waren in de Cytobrush- en de spatelgroep (tabel). Het verschil voor de lichte dysplasie is nihil (factor 1,11). Dit is te verwachten, aangezien de meerderheid van de lichte dysplasieën op de ectocervix is gelokaliseerd, dus met de spatel goed bereikbaar is.⁴ De ernstigere afwijkingen

Vergelijking van preparaten verkregen met Cytobrush en spatel (combinatie) en met alleen spatel

	<i>combinatie met Cytobrush n=7531</i>	<i>alleen spatel n=33668</i>	<i>factor</i>
lichte dysplasie*	0,97	0,87	1,11
sterk atypische reservecel- hyperplasie*	0,37	0,20	1,85
sterke dysplasie*	0,39	0,16	2,44
carcinoma in situ*	0,14	0,09	1,56

*Bij één patiënt kan een combinatie van diagnoses voorkomen.

– sterk atypische reservecelhyperplasie, sterke dysplasie en carcinoma in situ – liggen vaker in het endocervicale kanaal.⁴ Het is dan ook begrijpelijk dat de Cytobrush die hoger in het endocervicale kanaal reikt dan de spatel, voor deze afwijkingen een hogere opbrengst in de combinatiemethode geeft.

In het afgelopen jaar hebben wij een groot aantal (7531) Cytobrush-preparaten bekeken. Onze groep is het er unaniem over eens dat de positieve preparaten veel gemakkelijker te classificeren zijn, omdat ze zoveel afwijkende cellen bevatten. Wij menen derhalve dat, zeker wanneer de uitstrijken door verschillende artsen worden gemaakt, de Cytobrush-methode grote voordelen heeft voor de individuele patiënt (minder onnodige herhalingsuitstrijken) en voor het laboratorium (mooiere preparaten). Daarnaast is het voor de huisartsen ook veel bevredigender vrijwel alleen representatieve uitstrijken te maken. Tegen deze grote voordelen valt het extra bedrag van 55 cent voor een Cytobrush in het niet.

LITERATUUR

- Boon ME. De Cytobrush-methode; een middel ter verbetering van de kwaliteit van door huisartsen gemaakte cervixuitstrijken. Huisarts Wet 1985; 28: 322-4.
- Elias A, Linthorst G, Bekker B, Vooijs GP. The significance of endocervical cells in the diagnosis of cervical epithelial changes. Acta Cytol (Baltimore) 1983; 27: 225-9.
- Boon ME, Alons van Kordeelaar JJM. Consequences of the introduction of the combined spatula-Cytobrush method for cervical cytology. Acta Cytol (Baltimore) 1986. Wordt gepubliceerd.
- Burghardt E. Latest aspects of precancerous lesions in squamous and columnar epithelium of the cervix. Int J Gynaecol Obstet 1970; 8: 573-80.

M. E. BOON
J. J. M. ALONS VAN KORDELAAR

Leiden, februari 1986

Een geval van listeriose in de 33e zwangerschapsweek

Naar aanleiding van het artikel van de collegae Roex et al. (1985; 1687-90), vermelden wij de ziektegeschiedenis van twee patiënten die wij in vervolg op de reeds beschreven patiënt nu B en C noemen.

Patiënt B, 34 jaar, werd bij een zwangerschap van 31 6/7 weken naar het Academisch Ziekenhuis in Utrecht overgeplaatst wegens premature weeënactiviteit en 5 cm ontsluiting, waarvoor zij elders behandeld werd met ritodrine (Pre-Par) en betamethason. Haar eerste twee zwangerschappen waren normaal verlopen. Bij opname bleek de ontsluiting nog steeds 5 cm te zijn. Haar lichaamstemperatuur was 36,0°C. Tocolyse werd gecontinueerd. Het foetale cardiotocogram (CTG) was normaal, de basisfrequentie was 170 slagen per minuut. De weeënactiviteit nam toe en bij een ontsluiting van 8 cm werd de

tocolyse gestaakt. Na 30 minuten was er volkomen ontsluiting en werden de vliezen kunstmatig gebroken, waarbij vers meconiumhoudend vruchtwater afliep. De hartfrequentie van het kind was het laatste half uur gedaald tot 140 en de variabiliteit was sterk afgenomen. Tijdens de uitdrijving waren er diepe deceleraties zichtbaar op het CTG. Na enkele persweeën beviel zij van een dochter van 1550 gram, die zeer slap en bleek was en alleen een trage hartactie had. Resuscitatie slaagde niet (Apgar-score na 1 minuut 1, na 5 minuten 0). Bij onderzoek van het kind vielen kleine bloedinkjes op, verspreid over het hele lichaam. Uit het bloed (hartpunctie) werd een *Listeria monocytogenes* gekweekt. De hoogste temperatuur van de moeder was 37,5°C; het kraambed was ongestoord. Antibiotica werden niet gegeven.

Bij pathologisch-anatomisch onderzoek werd een uitgebreide infectie gezien van verschillende organen, vooral van de longen, passend bij een *Listeria*-infectie. Omdat de infectie zich voornamelijk in de longen bevond en ook de darmen gecontamineerd waren met bacteriën lijkt een ascenderende infectie via de cervix uteri het meest waarschijnlijk. Bij hematogene besmetting zou de infectie voornamelijk in de lever en andere organen gelokaliseerd zijn. Ook uit placenta, vliezen en cervix uteri is *Listeria monocytogenes* gekweekt.

Patiënt C, 23 jaar, werd bij 30 weken amenorroe naar het Academisch Ziekenhuis in Utrecht verwezen wegens partus praematurus imminens. In 1981 beviel zij à terme van een gezonde zoon. Twee dagen voor opname voelde patiënte zich 'griepig' en had mictieklachten. Bij opname waren er krachtige weeën om de 5 minuten en was er 5 cm ontsluiting. De lichaamstemperatuur was 38,8°C. Op het CTG werd een tachycardie gezien (190 sl/min), sterk afgenomen variabiliteit. Besloten werd de weeënactiviteit niet te remmen. Na een half uur was er volkomen ontsluiting en bij het breken van de vliezen liep zowel vers als oud meconiumhoudend vruchtwater af. Na enkele persweeën werd een zoon geboren van 1860 gram, die slap en bleek was en alleen een trage hartactie had. Het kind werd geresusciteerd en herstelde zich na beademing via een intertracheale tube en hartmassage (Apgar-score na 1 minuut 1, na 5 minuten 6). Uit zijn bloed werd een *Listeria monocytogenes* gekweekt. Patiënte is in het kraambed behandeld met amoxicilline (Clamoxyl) en metronidazol (Flagyl). De lichaamstemperatuur daalde binnen enkele dagen tot normaal.

Bij pathologisch-anatomisch onderzoek van vliezen en placenta werden tekenen van membranitis gezien. Kweken van placenta, vliezen en cervix uteri waren alle positief voor *Listeria monocytogenes*. Het kind is met ampicilline en gentamycine behandeld en na 6 weken in goede toestand ontslagen.

R. GERRITSE
H. W. BRUINSE

Utrecht, januari 1986

Collegae Gerritse en Bruinse beschrijven twee prematuur geboren kinderen die besmet waren met *Listeria monocytogenes*, van wie één overleed. Inmiddels kunnen wij de ziektegeschiedenis toevoegen van nog twee patiënten (D en E genoemd) aan de voorgaande drie.

Bij moeders B t.m. E liep meconiumhoudend vruchtwater af en bestond er een *Listeria*-sepsis bij het kind. Twee moeders (C en D) hadden griepachtige verschijnselen gehad met een (sub)febriële temperatuur en de foetus hadden tachycardie, zonder dat ritodrine werd toegediend. Deze verschijnselen zijn verdacht voor een intra-uteriene infectie. Drie kinderen (casus B, C en E) werden prematuur geboren; twee stierven. In hoeverre de toegediende corticosteroiden hiertoe hebben bijgedragen blijft speculatief. Het verraderlijke bij deze twee situaties was het ontbreken van symptomen bij de moeder. Prematu-

re weeënactiviteit moet ons, bij ontbreken van duidelijke redenen, zoals koorts bij de moeder, afwijkingen aan de uterus, groeiachterstand en (of) congenitale afwijkingen bij de foetus, alert doen zijn op een intra-uteriene infectie. Bij geen van de zwangeren waren de vliezen spontaan of voortijdig gebroken. Misschien is het raadzaam om in een dergelijke situatie via de amnioscoop steriel vruchtwater op te vangen voor een direct Gram-preparaat om hiermede een intra-uteriene infectie snel te kunnen aantonen.

Wij zijn collegae Gerritse en Bruinse erkentelijk voor hun bijdrage en de afdelingen neonatologie van het OLVG en het AZVU te Amsterdam voor het afstaan van de patiëntengegevens (casus D en E). Graag zullen wij van collegae die listeriose bij zwangeren hebben waargenomen mededelingen ontvangen om, retrospectief, een gegevensbestand te kunnen opbouwen. Correspondentie-adres is: Anna Paviljoen Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Eerste Oosterparkstraat 179, 1091 HA Amsterdam.

A. J. M. ROEX
R. MAAS
N. F. TH. ARTS

Amsterdam, januari 1986

Tuberculose van het skelet

Uit de artikelen van Teertstra et al. (1986; 157-62) en Bürer et al. (1986; 169-72) blijkt hoe tuberculose zich op velerlei plaatsen kan manifesteren. Hun patiëntengroep betreft overwegend buitenlanders, hetgeen waarschijnlijk samenhangt met de samenstelling van de bevolking in Amsterdam en omgeving. De verdeling in de noordelijke regio ligt geheel verschillend.

In Beatrixoord, Haren (Gr.), werden van 1973 t.m. 1985 106 patiënten opgenomen wegens (vermoeden van) skelettuberculose. Bij 4 werd de diagnose als onjuist verworpen. Onze patiëntengroep telde slechts 13% buitenlanders. Het aantal vrouwen bedroeg 42. Van de 102 patiënten hadden 32 gewrichtstuberculose. In 15% van de gevallen was er geen histologisch of bacteriologisch bewijs, doch de diagnose werd gesteld op grond van anamnese, klinische bevindingen, röntgenologisch beloop en reactie op de behandeling; 59% werd bacteriologisch bewezen, een relatief hoog percentage. Van de patiënten werden 58 geopereerd. In leeftijd varieerden zij van 2 tot 89 jaar (leeftijdsoopbouw: 0-19 jaar: 4; 20-39 jaar: 17; 40-59 jaar: 35; ≥ 60 jaar: 46).

Het 'doctorsdelay' lijkt de laatste jaren toe te nemen (bij 3 patiënten zelfs meer dan 3 jaar) door onbekendheid van het ziektebeeld. Terecht wijzen Teertstra et al. op het bestaan van soms zeer grote abscessen die vaak worden gemist door het maken van (te) smalle foto's, waarop slechts de wervels worden afgebeeld. Ook blijkt de afwijking in wervels vaak hoger gelokaliseerd te zijn dan waar de patiënt pijn aangeeft.

Bij spondylitis tuberculosa ziet men op de overzichtsfoto aanvankelijk nauwelijks afwijkingen, zoals ook zij opmerken.

Een discusversmalling en (of) geringe spoelvormige verbreding van weke delen zouden aanleiding moeten zijn tot het maken van tomogramsleden (op 1/2 cm). De daarop zichtbare defecten zijn vaak indrukwekkend en breiden zich dikwijls uit naar meerdere wervels, hetgeen men op de overzichtsfoto zonder meer mist. Op een CT-scan met sneden op 1 cm wordt ook onvoldoende waargenomen. Behalve medicamenteuze therapie is een ontlastende operatie bij compressieverschijnselen noodzakelijk, direct of eventueel op later tijdstip gevolgd door een stabiliserende operatie, indien afglijden of verdere inknikking dreigt. Hierdoor kan men het ontstaan van neurologische symptomen tijdens de behandeling voorkomen. Slechts 4 van onze patiënten hielden verlammingverschijnselen die tevoren