

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 abcessen 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 tomogramsnedes (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 snedes 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

reeds lange tijd hadden bestaan. Ondanks behandeling met tuberculostatica nemen aanvankelijk de botafwijkingen vaak nog toe. Te vroege mobilisatie (na enkele weken of maanden) leidt dikwijls tot verder inzakken van de wervels (met kans op neurologische schade). Immobilisatie met cuff of korset is vaak onvoldoende, zoals ook bleek bij de patiënt van Bürer et al. Waarschijnlijk spelen hierbij technische factoren een rol (te ruim). In ontwikkelingslanden moet men hiermee genoeg nemen. Door goede immobilisatie (minstens 3-4 maanden, soms langer) kan inzakking voorkomen worden. Het regeneratievermogen van bot met een tuberculeuze ontsteking is groot en gaat zelfs door lang nadat de behandeling (na ca. 1 jaar) is gestaakt. Weliswaar neemt de hoogte van de wervels niet toe; defecten worden echter meestal opgevuld en sekwesters incorporeren. Bij kinderen kunnen de belendende disci asymmetrisch hoger worden, evenals de wervels aan de voorzijde als compensatie voor de inknikking.

De huidige opvatting over het ontstaan van extrapulmonale tuberculose is als volgt: tijdens de primaire infectie vindt in de periode dat nog geen specifieke antilichamen aanwezig zijn (4 tot 6 weken na besmetting) al een hematogene of lymfogene uitzaaing plaats naar elders. Dit kan in principe overal zijn. De bacteriën gaan daar óf te gronde, veroorzaken ziekte in aansluiting aan de primaire infectie (pleuritis, miliaire tuberculose, meningitis tuberculosa) óf blijven als dormant bacilli achter om op een later tijdstip, als de weerstand is afgenomen, alsnog klinisch manifest te worden (long, nier, skelet, miliair, klier, enz.).

J. T. STEENSMa

Haren (Gr.), februari 1986

### *Euthanasie heeft geen wetgeving nodig*

Het lijkt me een genoeg om de auteurs van dit artikel (1986; 223-5) tot je patiëntenkring te kunnen rekenen. Immers, in een tijd waarin de meeste patiënten mondiger en kritischer worden, zijn genoemde auteurs nog steeds onvoorwaardelijk (?) overtuigd van de goede bedoelingen van de arts: 'Ze (= de patiënten) weten, aanvaarden en zijn dankbaar, dat artsen op grond van honorabele zedelijke overtuigingen met de verlangens van hun patiënten rekening houden.' Ja, zo'n witmarmere voetstuk en een aureool van onaantastbare, goede moraal lijkt me wel wat. Hoewel, als het aan iedere willekeurige arts wordt aangemeten, tot en met mensen in de trant van Joseph Mengele, dan lever ik het mijne toch liever weer in. Vertrouwen in de mensheid is weliswaar een prijzenswaardig uitgangspunt, maar zeker bij juristen verwacht ik toch althans enig voorbehoud. Dat zij ervan op de hoogte zijn, dat juist het medisch tuchtrecht de laatste jaren steeds meer ter discussie staat, lijkt even door te klinken: 'Hetgeen niet wegneemt dat het laatste woord is aan het recht. Zonodig corrigeert de wetgever die standaard, vult hij die aan.' Deze constatering heeft echter het wel erg grote

respect van Langemeijer c.s. voor de 'medisch-professionele standaard' niet tot wat bescheidener proporties kunnen reduceren.

De laatste tijd begon ik mij te ergeren aan het feit dat de euthanasiekwestie, ondanks alle goede voornemens, toch een speelbal in het politieke spel is geworden, of zelfs een wapen in de verkiezingsstrategie. Ik troost mij nu echter weer met de gedachte, dat ik nog van geen politicus een zo naïeve stellingname heb gehoord. Zomin als de controle op de verplichte autokeuring aan de autobranche alleen kan worden overgelaten, zo lijkt het ook niet verstandig om de 'medisch-professionele standaard' enkel door medici te laten vaststellen. Evenmin zou het aanbevelenswaardig zijn om uitsluitend juristen te laten bepalen wat wel en niet bij de wet geregeld moet worden, maar die gedachte kwam pas bij me op tijdens het lezen van het onderhavige artikel.

W. PESCH

Schaesberg, februari 1986

Tonen we ons 'nog steeds onvoorwaardelijk (?) overtuigd van de goede bedoelingen van de arts'? Neen. De bepaling 'honorabele' in 'honorabele zedelijke overtuigingen' van artsen drukt uit dat er ook níet-honorabele bestaan; anders zou dat woord overbodig zijn. Zoals één onzer schreef in *NRC-Handelsblad* van 23 december 1985: (Er) 'heersen in medische kring een aantal honorabele ethische opvattingen, terwijl andere, min of meer omstreden, daarnaast *opgeld doen*. Net als elders in de samenleving zullen er hier en daar ook wel verwerpelijke ideeën worden gekoesterd. Ook onder artsen zijn er platte naast nobele, slechte naast goede mensen. Die moeten door de overheid onder controle worden gehouden.' Dit voor wat betreft 's heren Pesch' refereert aan Mengele. Naïef? kom, kom.

Waar de heer Pesch schrijft over ons 'erg grote respect voor de "medisch-professionele standaard"' toont hij zich een oppervlakkig lezer van bl. 223, rechter kolom.

Algemeen: de heer Pesch mist de kern van ons betoog: euthanasie kan niet door een wet nauwkeuriger geregeld worden dan zij thans volgens geldend recht is. Hetgeen niet wil zeggen dat er niets meer te doen is. Zo is het medisch tuchtrecht nodig aan herziening toe. En ook dient verbetering van de verslaglegging van de thanasie in de medische praktijk (en niet alleen van de euthanasie) ter hand te worden genomen.

G. E. LANGEMEIJER

CH. J. ENSCHEDÉ

TH. W. VAN VEEN

februari 1986

NOOT VAN DE REDACTIE

Breder documentatie omtrent de door deze auteurs gehuldigde opvattingen kan men vinden in: Enschedé ChJ. De Arts en de Dood, Sterven en Recht; opstellen over toekomstig euthanasiebeleid. Deventer: Kluwer, 1985.

### **Boekaankondigingen**

#### *Aanbevolen leerboeken: Kindergeneeskunde*

Bij het schrijven van een bibliografie over kindergeneeskunde en haar belangrijkste deelgebieden valt op hoe uitgebreid het vakgebied in de laatste jaren is geworden en vooral dat er in de deelgebieden een zeer grote ontwikkeling heeft plaatsgevonden. De bibliografie die hier gepresenteerd wordt, is uiteraard

de keuze van degene die hem heeft opgesteld, waarbij advies is gevraagd aan een aantal kinderartsen die deskundig zijn op een van de deelgebieden. De lijst is echter niet volledig en zou ook anders kunnen zijn samengesteld. Maar er is gepoogd een zodanige uiteenzetting te geven dat de lezer, uit welke discipline dan ook, een boek kan vinden dat aansluit bij zijn of haar gebied van interesse.