

groepsindeling van de adjectieven bepaald,^{6,7} waardoor de woorden hun plaats gekregen hebben in de subschalen. De Nederlandse versie is een vertaling. Vanwege semantische verschillen tussen Engels en Nederlands kan dit psychometrisch riskant zijn. Het opnieuw uitvoeren van een onderzoek naar de classificatie van pijnbeschrijvende woorden zou het discriminerende vermogen van een Nederlandse MPQ wellicht ten goede kunnen komen. Een dergelijk onderzoek wordt in Leiden door dr. W.A. van der Kloot, J. van der Mey en ondergetekende verricht.

Tot slot, wat bedoelen de auteurs met '... de voorspellende kracht van een meting bij twee zo brede onderzoeksgroepen is nauwelijks boven 50% . . . ? Er kan niet bedoeld zijn wat men doorgaans de voorspellende waarde van een test noemt.⁸ Op grond van de gegevens uit tabel 5 en de aanname van een normale verdeling (afgeleid uit het gebruik van de t-toets) kan de lezer een schatting maken van de voorspellende waarden van de VAS-pijnscore met betrekking tot de analgeticabehoefte. Bij een 'cutoff point' van 7,0 op de VAS liggen de voorspellende waarden van een positieve en een negatieve VAS-uitslag voor de twee grootste groepen (b (afdeling) en c) tussen de 70% en 90%.

LITERATUUR

- 1 Melzack R. Measurement of the dimensions of pain experience. A study of labor pain. In: Bromm B, ed. Pain measurement in man. Amsterdam: Elsevier, 1984: 341-8.
- 2 McCreary C, Turner J, Dawson E. Principal dimensions of pain experience and psychological disturbance in chronic low back pain patients. Pain 1981; 11: 85-92.
- 3 Reading AE. A comparison of the McGill Pain Questionnaire in chronic and acute pain. Pain 1982; 13: 185-92.
- 4 Chen ACN, Treede RD. The McGill Pain Questionnaire in the assessment of phasic and tonic experimental pain: Behavioral evaluation of the 'pain inhibiting pain' effect. Pain 1985; 22: 67-79.
- 5 Melzack R, Wall PD, Tony CT. Acute pain in emergency clinic: Latency of onset and descriptor patterns related to different injuries. Pain 1982; 14: 33-43.
- 6 Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. Anesthesiology 1971; 34: 50-9.
- 7 Ketovuori H, Pöntinen PJ. A pain vocabulary in Finnish - The Finnish pain questionnaire. Pain 1981; 11: 247-53.
- 8 Rümke ChrL. Kanttekeningen over de gevoeligheid, de specificiteit en de voorspellende waarde van diagnostische tests. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 556-61.

R.J. VERKES

Leiden, januari 1986

Wij onderschrijven dat de MPQ wel degelijk enige discriminatie zou kunnen verschaffen tussen angst en pijn. Onze ervaring is klinisch echter teleurstellend, vandaar dat wij naar een andere methode gezocht hebben. De triple VAS geeft voor zover wij dat konden nagaan betere discriminatie. Daarboven komt dan nog dat de methode veel eenvoudiger en minder tijdrovend is voor de onderzoeker, maar vooral minder belastend voor de patiënt. Natuurlijk zou het harde bewijs dat de triple VAS beter discrimineert gemakkelijker geleverd zijn wanneer beide methoden tegelijk waren uitgevoerd, maar een dergelijk onderzoek heeft twee overduidelijke bezwaren: (1) de patiënt wordt nog meer belast; (2) het uitvoeren van een methode zou het resultaat van de tweede beïnvloeden. Het zou zeker wenselijk zijn om beide tests naast elkaar uit te voeren.

Of het magere resultaat van discriminatie te wijten is aan de vertaling is onwaarschijnlijk, maar misschien dat het onderzoek in Leiden duidelijkheid zal brengen. Overigens zijn vele van de in de vertaling gebruikte woorden ontleend aan een studie vooraf, waarin de patiënt gevraagd werd de pijn te omschrijven.

Inderdaad bedoelen wij met voorspellende kracht iets dat zeer dicht komt bij de voorspellende waarde, zoals (o.a.) beschreven

door Rümke. Spreekt men gewoonlijk over de voorspellende waarde van een negatieve uitslag en die van een positieve uitslag afzonderlijk, wij duiden de voorspellende waarde van de beslissing (positief of negatief) aan. Dit is dus een gewogen gemiddelde van de twee genoemde grootheden, gewogen naar de prevalentie. Wanneer er sprake zou zijn van 50% is in feite de test waardeloos. Wij drukken de beperkte waarde van de test uit met 'nauwelijks boven 50%'. We kunnen ons voorstellen dat een berekening met de getallen uit tabel 5 percentages oplevert van 70 of meer, maar dan moet men zich realiseren dat men ten onrechte heeft aangenomen dat de prevalentie bekend is. (Ook door Verkes uit tabel 5 afgelezen?) Het ontbreken van een gouden standaard maakt ons voorzichtig. In de praktijk willen wij niet op grond van de uitslag van de triple VAS de beslissing nemen tot medicatie over te gaan. Onze suggestie is de verhouding van de uitslagen binnen de triple VAS te gebruiken om de aard van de medicatie eventueel aan te passen: men geeft bijv. een anxiolyticum in plaats van/naast een analgeticum. De beslissing tot medicatie kan onzes inziens simpelweg gebeuren op grond van de 'medicatiebehoefte' (door Verkes ook als gouden standaard genomen voor zijn berekening?). Het afgaan op medicatiebehoefte is zonder meer al een sterke verbetering ten opzichte van de algemene praktijk van pijnstillers voorgeschreven op vaste tijden.

E. ROUWET

J. VAN EGMOND

G. M. M. NIJHUIS

Nijmegen, februari 1986

Een consensus over cholesterol?

De artikelen van Katan (1985; 2490-2) en Knuiman en Katan (1985; 2500-5) roepen bij mij een aantal vragen op die vrij zeker een gevolg zijn van het feit dat ik de literatuur over het overigens steeds boeiende cholesterol-onderwerp niet meer zo precies bijhoud resp. veroorzaakt worden door het feit dat ik almaar niet kan begrijpen waarom de zo sterk wisselende klinische en morfologische manifestatie van de ziekte telkens weer wordt verwaarloosd.¹

Mijn eerste vraag geldt het gegeven dat over het gehele leeftijdsgebied de cholesterolconcentraties van Nederlandse mannen en vrouwen hoger waren dan die van Amerikaanse; het duidelijkst gold dit voor mannen van middelbare leeftijd. Als dat zo is, en ik heb geen redenen aan deze gegevens te twijfelen, behoort dan volgens de kort samengevatte argumenten in het commentaar van Katan de incidentie van 'ischemische hartziekten' in Nederland niet hoger te zijn dan in de Verenigde Staten? En is het niet net andersom? Wordt overigens met 'ischemische hartziekten' hetzelfde bedoeld als met 'coronariaziekte' en met 'coronariaziekte' weer hetzelfde als met 'hart- en vaatziekten'? Ik heb ernstige bezwaren tegen het door elkaar gebruiken van die drie termen, maar wellicht heeft de auteur er een bedoeling mee. Coronariaziekte verhoudt zich tot hart- en vaatziekten als paratyfus B tot koorts en diarree. Als de auteur zich afvraagt waarom er zoveel discussie is over het verband tussen cholesterol en 'hart- en vaatziekten', waarom wordt aan die discussie dan voorbijgegaan?

En ten slotte vraag ik mij af waarom collega Katan een vraagteken achter de titel van zijn artikel plaatst?

LITERATUUR

- 1 Meijler FL. Prevention of coronary heart disease: A cardiologist's view. In: Yu PN, Goodwin JF, eds. Progress in Cardiology, 10. Philadelphia: Lea and Febiger, 1981: 44-63.

F. L. MEIJLER

Utrecht, januari 1986

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 discussvermalling en (of) geringe spoelvormige verbreding van weke delen zouden aanleiding moeten zijn tot het maken van tomograms (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 verlamingsverschijnselen die tevoren