

# De behandeling van verschillende syndromen

*Bij de medicamenteuze behandeling van epilepsie bij kinderen moeten, meer nog dan bij volwassenen, de mogelijke bijwerkingen worden afgewogen tegen de voordelen van aanvalscontrole. De medicatie verlaagt weliswaar de kans op een recidief, maar de uiteindelijke prognose wordt niet gunstiger.*

**C.C.M. Leyten**  
Student farmacie,  
faculteit Farmaceutische  
Wetenschappen,  
Universiteit Utrecht

**J.G. Hugtenburg**  
Docent, disciplinegroep  
Farmaco-epidemiologie  
en Farmacotherapie,  
faculteit Farmaceutische  
Wetenschappen,  
Universiteit  
Utrecht/apotheker,  
Apotheek Westwijk,  
Amstelveen

**L.A. Bok**  
Maxima Medisch  
Centrum, Afdeling  
Kindergeneeskunde,  
Veldhoven

**A.F.A.M.  
Schobben**  
Apotheek Universitair  
Medisch Centrum  
Utrecht/disciplinegroep  
Farmaco-epidemiologie  
en Farmacotherapie,  
faculteit Farmaceutische  
Wetenschappen,  
Universiteit Utrecht

**E**pilepsie komt bij kinderen veel voor. Voor kinderen tot en met 18 jaar oud is de prevalentie ongeveer 4,7 per 1000 [1]. Vaak is epilepsie bij kinderen goed te behandelen met klassieke anti-epileptica (zie kader “De klassieke anti-epileptica”). In ongeveer 25% van de gevallen zijn deze geneesmiddelen echter onvoldoende effectief of veroorzaken ze onacceptabele bijwerkingen. De nieuwe anti-epileptica zijn voor deze kinderen zeer waardevol (zie kader “De nieuwe anti-epileptica”) [2]. Bij kinderen komen andere syndromen en typen aanvallen voor dan bij volwassenen. De meest praktische classificatie wordt verkregen wanneer de syndromen op leeftijd van ontstaan worden ingedeeld [15]. Het vaststellen van het epilepsiesyndroom en het type aanval is erg belangrijk voor de keuze van het juiste anti-epilepticum [16]. Daarom wordt hier de plaats van de klassieke en de nieuwe anti-epileptica per syndroom besproken (tabel 1). Koortsconvulsies en status epilepticus worden buiten beschouwing gelaten.

## De plaats van de verschillende anti-epileptica per syndroom

Voordat tot medicamenteuze behandeling wordt overgegaan, moeten voor elk kind de mogelijke bijwerkingen afgewogen worden tegen de voordelen van aanvalscontrole [17]. De kans op een recidief wordt door medicatie wel lager, maar de prognose verbetert op lange termijn niet [18]. Wanneer tot farmacotherapie wordt besloten, dient met een lage dagdosering begonnen te worden. Monotherapie heeft de voorkeur [17, 19]. Wanneer een kind twee jaar aanvalsvrij is geweest, dient men te overwegen of de therapie uitgesloten kan worden [17, 19]. Anti-epileptica, vooral de nieuwe middelen, moeten bij kinderen met name worden voorgeschreven door kinderartsen of neurologen met belangstelling voor de kinderneurologie.

### NEONATALE EPILEPSIE

Bij pasgeborenen is de onmiddellijke herkenning en behandeling van epileptische aanvallen belangrijk; vaak liggen meningitis, intracraniale bloedingen, een doorgemaakte hypoxie of metabole afwijkingen eraan ten grondslag [20].

Bij acute aanvallen is behandeling met fenobarbital zonder twijfel eerste keuze [21, 22]. De werkzaamheid hangt sterk samen met de oplaaddosis [21]. Indien klinische of EEG-aanvallen persisteren, kunnen lidocaïne, clonazepam of midazolam kortdurend parenteraal toegediend worden [2, 22]. Voor de onderhoudsbehandeling heeft fenobarbital de voorkeur [22].

### Kernpunten

- Het syndroom en het type aanvallen bepalen de keuze van het anti-epilepticum.
- 75% van de kinderen is goed behandelbaar met de klassieke anti-epileptica.
- Bij therapieresistentie zijn de nieuwe anti-epileptica zeer waardevol.
- De nieuwe anti-epileptica zouden moeten worden voorgeschreven door kinderartsen of neurologen.

Leyten CCM, Hugtenburg JG, Bok LA, Schobben AFAM. De behandeling van verschillende syndromen. Epilepsie bij kinderen. Pharm Weekbl 2002;137(23):844-848.

### Keywords

Anticonvulsants  
Child  
Drug therapy  
Epilepsy

### Abstract

The treatment of different syndromes. Epilepsy in children The best way to categorize the various syndromes of epilepsy in children is to put the syndromes in chronological order. The choice of the right anti-epileptic drug is determined by the syndrome and the type of convulsions. The manifestations and treatment of the most common syndromes will be discussed. The classic anti-epileptics are effective in 75% of the children. When seizure control cannot be reached or the child suffers from serious side-effects, the new anti-epileptics can be very valuable. However, there is very little experience with these new drugs.

Correspondentie kan worden gericht aan mevr. drs. C.C.M. Leyten, Wagenstraat 20bis, 3581 WR Utrecht.

### De klassieke anti-epileptica

*Fenobarbital heeft een breed werkingsspectrum, is effectief, relatief veilig en goedkoop. Het is echter vanwege de sedatieve en cognitieve bijwerkingen alleen eerstekeuzemiddel bij neonatale aanvallen [2, 3].*

*Fenytoïne heeft een breed werkingsspectrum, maar is door de cosmetische en misvormende bijwerkingen en de niet-lineaire dosis-effectrelatie geen middel van eerste keuze [3].*

*Ethosuximide is vooral werkzaam bij typische absences.*

*Bijwerkingen komen relatief weinig voor [3].*

*Carbamazepine heeft een breed werkingsspectrum. Milde, dosisafhankelijke bijwerkingen en sedatie treden nauwelijks op [3, 4].*

*Valproaat heeft een breed werkingsspectrum en veroorzaakt weinig langdurige gedragsproblemen, sedatie of cognitieve bijwerkingen [3]. Gebruik bij kinderen die jonger dan twee jaar zijn, brengt een verhoogd risico op fatale leverbeschadiging met zich mee [3].*

*De benzodiazepinen hebben een breed werkingsspectrum, een snel intredende werking en zijn weinig toxisch. De benzodiazepinen zijn niet geschikt als onderhoudsbehandeling, vanwege de intolerantie, die veelal na zes tot acht weken optreedt [5].*

### INFANTIELE SPASMEN

Infantiele spasmen, ook wel het syndroom van West of Salaamkrampen genoemd, ontstaan meestal bij kinderen tussen vier en acht maanden oud en worden gekenmerkt door een karakteristiek EEG (hypsaritmie) en de typische aanvallen [1, 23]. De nek, de borstkas en de extremiteiten trekken bij deze aanvallen tegelijkertijd samen [1]. De aandoening gaat vrijwel altijd gepaard met een grote vertraging of achteruitgang in de ontwikkeling van het kind [15]. Ook bij tijdige behandeling is de prognose slecht. Van 214 door Riikonen (1982) gevolgde patiënten overleed 19,6%; slechts 12% had zich normaal ontwikkeld. Veel patiënten ontwikkelen op latere leeftijd het Lennox-Gastaut-syndroom [16].

Corticotropine of corticosteroiden kunnen als eerste keuze gebruikt worden [3]. Het werkingmechanisme van deze middelen is niet precies bekend. Beide middelen zorgen voor verhoogde corticosteroïde spiegels. Waarschijnlijk heeft corticotropine daarnaast ook een direct effect op zenuwontwikkeling, neurotransmitters en eigenschappen van het zenuwmembraan in de hersenen. Ongeveer de helft tot tweederde van de patiënten verbetert significant door deze therapie [2]. Onderzoek heeft uitgewezen dat corticotropine en corticosteroiden ook op de lange termijn een positief effect hebben op de ontwikkeling van dit syndroom. Corticotropine wordt veruit het meest gebruikt. Ernstige bijwerkingen kunnen optreden, zoals een verhoogd risico op ernstige infecties, hypertensie, hyperglykemie met glucosurie en congestief hartfalen. Deze bijwerkingen zouden minder frequent voorkomen door corticotropine niet als depotpreparaat toe te passen [12, 24].

### De nieuwe anti-epileptica

*Vigabatrine was een veelbelovend anti-epilepticum, totdat het irreversibele gezichtsveldbeperking bleek te veroorzaken [6]. Bij volwassenen wordt het risico op gezichtsveldbeperking geschat tussen 10 en 41% [6]. Overige bijwerkingen zijn sufheid, moeheid, slaperigheid en gewichtstoename [4, 7].*

*Oxcarbazepine is een prodrug die slechts met een 10-keto-groep van carbamazepine verschilt. Oxcarbazepine is even werkzaam als carbamazepine; het wordt toegepast wanneer carbamazepine te veel bijwerkingen veroorzaakt [8]. Vergeleken met carbamazepine treden minder neurotoxiciteit en huiduitslag op, maar meer hyponatriëmie [2, 9].*

*Felbamaat bleek na marktintroductie aplastische anemie (1 op 3600 tot 5000) en fatale hepatotoxiciteit (1 op 24.000 tot 34.000) te kunnen veroorzaken [7, 9]. Toch wordt felbamaat voor het Lennox-Gastaut-syndroom nog regelmatig gebruikt [9]. Overige bijwerkingen van felbamaat zijn anorexia, overgeven, slapeloosheid, hoofdpijn en slaperigheid [9]. Het middel is alleen op speciale aanvraag verkrijgbaar.*

*Lamotrigine is een veelbelovend middel. Het heeft een breed werkingsspectrum, de bijwerkingen zijn mild en het is niet sederend [7, 10]. De bijwerkingen zijn hoofdpijn, vermoeidheid, slaperigheid, overgeven en huiduitslag (soms ernstig: toxische epidermale necrolyse) [10].*

*Gabapentine is werkzaam gebleken bij partiële epilepsie met en zonder secundaire generalisatie [11]. Gabapentine heeft een mild bijwerkingenprofiel en doseringen kunnen snel verhoogd worden. Slaperigheid, vermoeidheid, duizeligheid, nystagmus en tremor kunnen voorkomen [11].*

*Topiramaat heeft een breed werkingsspectrum en wordt goed verdragen. Als bijwerkingen zijn anorexia, vermoeidheid, sedatie en cognitieve achteruitgang gemeld [11, 12].*

*Levetiracetam is werkzaam gebleken bij de behandeling van partiële epilepsie [13]. Dit anti-epilepticum is mede door de milde bijwerkingen en de afwezigheid van interacties waardevol gebleken bij therapieresistentie [13, 14]. De meest voorkomende bijwerkingen zijn asthenie en slaperigheid [14].*

Vigabatrine wordt als eerstekeuzetherapie gezien bij infantiele spasmen, met name wanneer deze geassocieerd zijn met 'tubereuze sclerose' [6, 19]. Tubereuze sclerose is een ernstige erfelijke multi-systeemaandoening, met onder meer een cerebrale ontwikkelingsstoornis en huidafwijkingen. In 80% van de gevallen gaat deze afwijking gepaard met epilepsie (meestal infantiele spasmen). In een onderzoek met 42 kinderen bleek corticotropine beter werkzaam dan vigabatrine (74% tegen 48%). Vigabatrine was echter beter werkzaam bij infantiele spasmen geassocieerd met tubereuze sclerose. Ook werd vigabatrine beter getolereerd [19]. In verband met gezichtsveldbeperking, een mogelijke bijwerking na langdurig gebruik, moet de behandelingsduur zo kort mogelijk gehouden worden [12, 23].

In een prospectieve studie is vastgesteld dat de werkzaamheid van valproaat vergelijkbaar is met die van corticotropine en met minder bijwerkingen gepaard ➔



**Tabel 1**  
DE PLAATS VAN DE VERSCHILLENDE ANTI-EPILEPTICA PER SYNDROOM

Syndroom	Eerste keuze	Alternatieven	
		Klassieke anti-epileptica	Nieuwe anti-epileptica
Neonatale epilepsie	fenobarbital	lidocaïne midazolam clonazepam	
Infantiele spasmen	corticotropine/corticosteroiden vigabatrine	valproaat nitrazepam clonazepam	lamotrigine ☆ topiramaat ☆ felbamaat △
Tonisch-clonische aanvallen	valproaat	carbamazepine	lamotrigine ☆ topiramaat ☆ oxcarbazepine ☆
Myoclonische aanvallen bij jonge kinderen	valproaat	clonazepam nitrazepam	lamotrigine ☆
Lennox-Gastaut-syndroom	valproaat	clonazepam nitrazepam clobazam carbamazepine	lamotrigine ☆ topiramaat ☆ levetiracetam ☆ oxcarbazepine ☆
Absences	valproaat	fenytoïne valproaat + ethosuximide ethosuximide	felbamaat △ lamotrigine ☆ clobazam
Partiële epilepsie	carbamazepine	valproaat	lamotrigine ☆ gabapentine ☆ topiramaat ☆ levetiracetam ☆ oxcarbazepine ☆

☆ slechts geregistreerd voor de behandeling van epilepsie vanaf een bepaalde leeftijd:

levetiracetam >16 jaar

topiramaat, gabapentine >12 jaar

oxcarbazepine >6 jaar

lamotrigine >2 jaar

△ alleen op speciale aanvraag verkrijgbaar

gaat. In deze jonge leeftijdsgroep gaat valproaat echter gepaard met een verhoogd risico op levertoxiciteit. Daarnaast is het effect van valproaat op de langetermijn-

*In een prospectieve studie is vastgesteld dat de werkzaamheid van valproaat vergelijkbaar is met die van corticotropine en met minder bijwerkingen gepaard gaat*

prognose nog onduidelijk [3]. De benzodiazepinen reduceren de aanvalsfrequentie vooral op korte termijn [19].

Ook is een significante aanvalsreductie beschreven met lamotrigine, topiramaat en felbamaat [19]. Met deze middelen is nog relatief weinig ervaring opgedaan.

#### TONISCH-CLONISCHE AANVALLEN

De gegeneraliseerde tonisch-clonische aanvallen beginnen meestal na een leeftijd van vijf jaar [19, 20]. Ongeveer 75-80% van de kinderen met epilepsie heeft

onder andere deze vorm. De aanvallen kunnen voorafgegaan worden door een aura en beginnen met een plotseling verlies van bewustzijn, waardoor het kind kan vallen. Stijfheid over het hele lichaam (tonische fase) wordt snel gevolgd door snelle gegeneraliseerde trekkende bewegingen (clonische fase). In de tonische fase stopt de ademhaling even en wordt het gezicht blauw [1, 15]. Wanneer de tonisch-clonische aanvallen later in de jeugd beginnen, is de prognose beter [1].

De aanvallen reageren meestal goed op geneesmiddelen [3]. Valproaat is eerstekeuzetherapie en coupeert bij 75-85% van de patiënten de aanvallen [3, 17]. Na valproaat komt carbamazepine in aanmerking, hoewel exacerbatie van tonisch-clonische aanvallen beschreven is [17]. Bij therapieresistentie kunnen lamotrigine, oxcarbazepine of topiramaat geprobeerd worden [19].

#### MYOCLONISCHE EPILEPSIE BIJ JONGE KINDEREN

Myoclonische epilepsie ontstaat meestal als het kind tussen twee en vijf jaar oud is. Er treden diverse gegeneraliseerde aanvallen op en in de loop van de jaren

verandert het patroon vaak [1]. Myoclonische aanvallen gaan gepaard met abrupte snelle spiercontracties die resulteren in schokjes [18]. De aanvallen zijn kort en heftig. Ze ontstaan plotseling, waardoor het kind ernstige verwondingen kan oplopen [1, 15]. Wanneer myoclonische epilepsie na de leeftijd van drie jaar openbaart, is de prognose duidelijk beter [1].

Myoclonische aanvallen zijn met wisselend succes te behandelen; blijvende remissie wordt vaak niet bereikt [3, 25]. Valproaat is meestal de eerste keuze [3, 25]. Alternatieven zijn lamotrigine en de benzodiazepinen [3, 12].

#### LENNOX-GASTAUT-SYNDROOM

Het Lennox-Gastaut-syndroom ontstaat meestal wanneer het kind tussen één en zes jaar oud is [16, 19]. Kenmerkend zijn de achterblijvende geestelijke ontwikkeling, het afwijkende EEG en de diverse gegeneraliseerde aanvallen [1]. Atonische aanvallen en tonisch-clonische aanvallen komen veel voor. De prognose is over het algemeen slecht. De meeste patiënten vertonen een achterblijvende geestelijke ontwikkeling, de aanvallen treden frequent op en zijn slecht te behandelen [15, 20].

Vanwege het brede werkingsspectrum is valproaat de eerste keuze [3, 19]. Carbamazepine en fenytoïne zijn werkzaam bij tonisch-clonische en tonische aanvallen, maar kunnen atone en myoclonische aanvallen verergeren [3]. De benzodiazepinen zijn werkzaam gebleken als intermitterende therapie of voor acute aanvalsbehandeling [19]. Bij de vaak bij het Lennox-Gastaut-syndroom voorkomende atypische absences is ethosuximide minder werkzaam dan valproaat [3].

Felbamaat is werkzaam bij het Lennox-Gastaut-syndroom. De werkzaamheid moet echter worden afgewogen tegen het risico op fatale aplastische anemie en fatale hepatotoxiciteit [3, 7, 9]. Ook lamotrigine, topiramaat, levetiracetam en oxcarbazepine zijn werkzaam. Er is echter nog weinig ervaring opgedaan met deze middelen. Vigabatrine verergert myoclonische aanvallen en is daarom minder geschikt [12, 19].

#### ABSENCES

Een absence is een plotselinge kortdurende (meestal 10 tot 30 s) daling van het bewustzijn. Absences hebben een negatieve invloed op de schoolprestaties [15, 18]. 'Childhood absences' zijn de meest voorkomende vorm van absences. De typische absences beginnen wanneer het kind tussen drie en twaalf jaar oud is [20]. Wanneer absences in de puberteit optreden, worden ze 'juvenile absences' genoemd. Bij deze vormen van absences kunnen ook gegeneraliseerde tonisch-clonische aanvallen optreden [19].

Absences reageren goed op zowel valproaat als ethosuximide. Met beide middelen kan in 70-90% van de gevallen aanvalscontrole bereikt worden [3]. Valproaat wordt gebruikt wanneer naast de absences ook convulsieve aanvallen voorkomen [19, 20, 25].

In geval van therapieresistentie kan lamotrigine of clobazam toegevoegd worden [12, 25].

#### PARTIËLE EPILEPSIE

Er zijn verschillende vormen van partiële epilepsie, welke variëren van goedaardig tot erg moeilijk te behandelen. Rolandische epilepsie, ofwel goedaardige kinderepilepsie met centrotemporale spikes, komt relatief veel voor [19]. Tijdens de kortdurende aanvallen maakt het kind vreemde geluiden en kan het niet spreken. De aanvallen komen vaak 's nachts voor, zijn mild van aard en verdwijnen rond de leeftijd van zestien jaar. De prognose is erg goed [19].

Bij goedaardige kinderepilepsie met occipitale paroxysmen beginnen de aanvallen meestal met een aura. Soms worden de aanvallen gevolgd door migraine. De prognose is bijna net zo goed als voor Rolandische epilepsie. Niet alle patiënten reageren goed op behandeling, maar de aandoening verdwijnt vaak op volwassen leeftijd [15, 20].

Het Landau-Kleffner-syndroom is zeer therapieresistent. Het wordt gekarakteriseerd door spraakverlies, gedrags- en ontwikkelingsproblemen, zowel partiële als gegeneraliseerde aanvallen en een epileptisch EEG. De aanvallen verdwijnen vóór de leeftijd van vijftien jaar [20].

Bij behandeling van partiële aanvallen is carbamazepine de eerste keuze. Valproaat is een goed alternatief. Deze middelen zijn even werkzaam, carbamazepine veroorzaakt echter minder bijwerkingen [19, 20]. Bij therapieresistentie kan lamotrigine, gabapentine, topiramaat, levetiracetam of oxcarbazepine geprobeerd worden. In tegenstelling tot de klassieke anti-epileptica is met deze nieuwe anti-epileptica bij kinderen nog weinig ervaring opgedaan [23]. Felbamaat en vigabatrine spelen vanwege hun bijwerkingen nauwelijks een rol [3, 19].

#### Conclusies

Met de klassieke anti-epileptica is 75% van de epileptische kinderen effectief en zonder onacceptabele bijwerkingen te behandelen. Belangrijke nieuwe anti-epileptica zijn oxcarbazepine, lamotrigine, gabapentine, topiramaat en levetiracetam. Voor de groep kinderen waarin met de klassieke anti-epileptica onvoldoende effect bereikt wordt of waar de bijwerkingen onacceptabel zijn, is de ontwikkeling van de nieuwe anti-epileptica erg belangrijk [9]. De plaats van de nieuwe middelen bij therapieresistente kinderepilepsie is echter lastig vast te

---

*De plaats van de nieuwe middelen bij therapieresistente kinderepilepsie is echter lastig vast te stellen, omdat de meeste onderzoeken bij volwassenen zijn uitgevoerd*

---

stellen, omdat de meeste onderzoeken bij volwassenen zijn uitgevoerd [2]. Na registratie van felbamaat en vigabatrine zijn zeldzame maar ernstige bijwerkingen bekend geworden [4, 9]. De overige nieuwe middelen lijken veelbelovend voor de behandeling van (therapie-resistente) epilepsie bij kinderen ● ➔



## LITERATUUR

- 1 O'Donohoe. Epilepsies of childhood. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994.
- 2 Bourgeois BF. Antiepileptic drugs in pediatric practise. *Epilepsia* 1995;36 Suppl 2:S34-45.
- 3 Mattson RH. Efficacy and adverse effects of established and new antiepileptic drugs. *Epilepsia* 1995;36 Suppl 2:S13-26.
- 4 Centraal zenuwstelsel (neurologische aandoeningen): Anti-epileptica. In: Van der Kuy A, red. *Farmacotherapeutisch Kompas 2000-2001*. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen; 2000:136-53.
- 5 Bourgeois BF. Pharmacologic intervention and treatment of childhood seizure disorders: relative efficacy and safety of antiepileptic drugs. *Epilepsia* 1994;35 Suppl 2:S18-23.
- 6 Vanhatalo S, Pääkkönen L, Nousiainen I. Visual field constriction in children treated with vigabatrin. *Neurology* 1999;52: 1713-4.
- 7 Bourgeois BF. New antiepileptic drugs. *Curr Opin Pediatr* 1996;8:543-8.
- 8 Geerlings CJ. Oxcarbazepine (Trileptal®). *Pharm Weekbl* 1993;13:422-5.
- 9 Pellock JM. Utilization of new antiepileptic drugs in children. *Epilepsia* 1996;37 Suppl 1:S66-73.
- 10 Duchowny M, Pellock JM, Graf WD, et al. A placebo-controlled trial of lamotrigine add-on therapy for partial seizures in children. *Lamictal Pediatric Partial Seizure Study Group. Neurology* 1999;53:1724-31.
- 11 Datta PK, Crawford PM. Refractory epilepsy: treatment with new antiepileptic drugs. *Seizure* 2000;9:51-7.
- 12 Arts WFM, Augustijn PB. Specifieke richtlijnen voor behandeling met anti-epileptica. In: Arts WFM, Peters ACB, red. *Behandelingsstrategieën bij kinderepilepsie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000:27-40.
- 13 Ben-Menachem E, Falter U. Efficacy and tolerability of levetiracetam 3000 mg/d in patients with refractory partial seizures: a multicenter double-blind, responder-selected study evaluating monotherapy. *European Levetiracetam Study Group. Epilepsia* 2000;41:1276-83.
- 14 Levetiracetam. *Geneesmiddelenbulletin* 2001;35:115-6.
- 15 Epilepsy and convulsions. In: Brett EM, red. *Paediatric neurology*. 2e ed. New York: Churchill Livingstone; 1999:317-89.
- 16 Classification of epileptic seizures and epileptic syndromes. In: Porter RJ, red. *A textbook of epilepsy*. New York: Churchill Livingstone; 1993:1-22.
- 17 Dodson WE, Bourgeois BF. Pharmacology and therapeutic aspects of antiepileptic drugs in pediatrics. *J Child Neurol* 1994;9 Suppl 2:1-7.
- 18 Brouwer OF. Epileptische aanvallen bij kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999;143:190-3.
- 19 Pellock JM. Treatment of seizures and epilepsy in children and adolescents. *Neurology* 1998;51 Suppl 4:S8-14.
- 20 Pellock JM. Seizures and epilepsy in infancy and childhood. *Neuro Clin* 1993;11:755-75.
- 21 Fischer K, Baarsma R. Behandeling van convulsies bij pasgeborenen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996;140:1557-60.
- 22 Toet MC, Vles JSH. Richtlijnen voor therapie van neonatale convulsies. *Tijdschr Kindergeneesk* 2001;5A:80-1.
- 23 Renier WO. Behandelsstrategieën bij kinderen met maligne kinderepilepsie. *Ned Tijdschr Epilepsie* 2001;29:88-92.
- 24 Kusse MC, Van Nieuwenhuizen O, Van Huffelen AC, et al. The effect of non-depot ACTH(1-24) on infantile spasms. *Dev Med Child Neurol* 1993;35:1067-73.
- 25 Wallace SJ. Myoclonus and epilepsy in childhood: a review of treatment with valproate, ethosuximide, lamotrigine and zonisamide. *Epilepsy Res* 1998;29:147-54.

“ Ik moest eens een paar dingen hebben bij de apotheek en bij de kassa stond een man die zijn dochtertje van nog geen twee vlak voor hem op de toonbank gezet had. Hij gaf haar de hele tijd slokjes water uit een enorme kop, en glimlachte telkens naar haar, maar hij moest ook huilen en hij deed de hele tijd zijn bril omhoog om zijn tranen af te vegen. Toen ze op een gegeven moment een buitengewoon grote slok genomen had, zei de man: ‘O, geweldig lieverd, dat is geweldig’, en hij kuste haar teder een, twee, drie keer. De apotheker kwam naar hem toe en gaf hem een plastic zakje met de woorden: ‘Alstublieft, dit zult u zo wel nodig hebben.’ De apotheker vroeg mij om naar zijn kassa te komen om daar voor mijn spullen te betalen. ‘Is dat een geval van vergiftiging?’ vroeg ik. ‘Ja,’ zei de apotheker, ‘dat kleine meisje is zo meteen even helemaal niet zo gelukkig met haar pappa. Die gaat zo meteen haar longen uit haar lijf spugen.’ Hij vertelde dat de man met zijn dochtertje aan het wandelen was en dat zij een paar besjes gegeten had die hij niet thuis kon brengen. Dus hij had de eerste hulp gebeld en die hadden tegen hem gezegd dat hij haar moest laten overgeven en dat braaksel moest komen laten analyseren. Ik dacht dat het kleine meisje vast niet kwaad zou worden op haar vader. Als ze klaar was met overgeven, zou ze haar armpjes om hem heen slaan en haar hoofd tegen zijn schouder leggen om getroost te worden en daardoor zou hij zich nog waardelozer voelen dan hij al deed. Hij zou naar haar ruggetje in het roze jurkje kijken en naar haar schoentjes die tegen zijn buik aan kwamen; en haar zijdeachtige haartjes strelen en bij zichzelf denken: O wat heb ik hier een spijt van, het spijt me zo, ik ben te slordig om je te hebben gekregen. Ik had graag tegen de man gezegd: ‘Luister, maar je maar geen zorgen. Mijn kinderen hebben dat soort dingen ook gedaan en er is niets gebeurd. Ze maken het prima.’ Alleen hebben mijn kinderen dat soort dingen nooit gedaan. ”

Elisabeth Berg

Bewogen

Ingezonden door H.F.C.M. Voorhuijzen-van Sloun, Hillegom