

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten).

OORZAKEN EN KLACHTEN NA GALBLAASOPERATIES

Wij kunnen het niet eens zijn met de bezwaren die Prof. KUMMER in zijn klinische les tegen de operatieve cholangiografie noemt.

In de eerste plaats wordt de operatieduur niet aanzienlijk verlengd door de cholangiografie. Wanneer wij de operatieduur van een ongecompliceerde cholecystectomie op 30 tot 45 minuten stellen, kan de cholangiografie deze tijd niet „aanzienlijk” verlengen omdat ze nooit meer dan 5 minuten extra kost.

In de tweede plaats is de vermelding, dat de cholangiografie ons op dwaalwegen kan brengen, het noemen van een uitzondering met veronachtzaming van de regel. De regel is, dat de cholangiogrammen ons zekerheid geven over aanwezigheid van stenen in de grote galwegen. De luchtbel berust op een technische fout en komt bij geoefende operateurs niet voor; het kliertje kan wellicht bij palpatie dezelfde moeilijkheden opleveren als bij de cholangiografie.

In de derde plaats is de schadelijkheid van de contraststof niet bewezen. Integendeel, wij hebben bij enige duizenden operaties deze stof toegepast en nooit in de grote galwegen enige complicatie gezien die aan het gebruik van de contraststof kon worden toegeschreven. Trouwens, waarom zou dit middel wel gevaar opleveren in de galwegen en niet in pyelum en ureter, waarvoor iedere chirurg en uroloog het geregeld toepassen?

Wij menen, dat bij elke cholecystectomie als routine cholangiografie moet worden verricht, omdat men daardoor meer choledochusstenen ontdekt en dus het aantal choledochotomieën tot een minimum beperkt kan blijven.

Literatuur: KUMMER, A. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 601.

Amsterdam, 25 maart 1959 P. R. J. PINXTER
M. KNAPE

Prof. KUMMER (1959) komt tot de conclusie, dat het verwijderen van de galblaas in aansluiting op een maagresectie niet juist is. Dit betekent, dat deze combinatie onder alle omstandigheden moet worden vermeden. Hij grondt zijn conclusie op een technische fout, gemaakt door een operateur die de cholecystectomie te veel „en bagatelle” opvatte. Deze zinsnede wekt op het eerste gezicht de indruk, dat een dergelijke fout gemakkelijk wordt gemaakt wanneer men de galblaas na een maagresectie moet verwijderen. Bij enig nadenken komt men echter tot de slotsom, dat een andere fout die niet zo voor de hand ligt, de eigenlijke oorzaak van de complicatie is geweest.

Er zijn twee omstandigheden waardoor een letsel aan de galwegen kan worden toegebracht: 1. Als de extirpatie van de galblaas zeer moeilijk is door ontsteking. 2. Als er een anomalie bestaat.

Ad 1. Bij een gecompliceerde galblaas door vergroeiing en ontsteking, is er geen indicatie tot cholecystectomie in aansluiting op de maagresectie. Een dergelijke galblaasextirpatie betekent een vrij grote ingreep op zichzelf, welke men niet moet combineren met een maagresectie. Het behandelen van een dergelijke galblaas „en bagatelle” getuigt van een verkeerd oordeel.

Ad 2. Indien er een anomalie bestaat, kan men in het algemeen met zorgvuldige techniek fouten vermijden. Was het in dit bijzondere geval niet mogelijk een lesie van de

galwegen te voorkómen, dan zou deze fout ook gemaakt zijn bij cholecystectomie als alleenstaande operatie.

Betrof het hier echter een ongecompliceerde cholecystectomie, dan heeft de operateur door slordigheid een grove fout gemaakt. Door de galblaas ruw of gehaast te verwijderen, bracht hij een ernstige beschadiging teweeg die bij een goede techniek had kunnen worden vermeden. Indien haast nodig was in verband met de toestand van de patiënt, had hij de cholecystectomie beter achterwege kunnen laten. Indien de chirurg echter gehaast is geweest wegens vermoedheid of om welke andere reden ook, heeft hij zichzelf overschat of een factor in het geding gebracht die geen rol mag spelen in zijn handelwijze. Mijns inziens mag een operateur die beseft in welk gebied hij opereert, bij een galblaasextirpatie, zich niet laten storen door het feit dat hij juist een maagresectie achter de rug heeft. Ruwheid mag hij het uitvoeren van een operatie niet vóórkomen.

De complicatie bij de patiënt die Prof. KUMMER bespreekt, is hoe men het ook beziet, het gevolg van een grote fout van de chirurg, en hangt niet samen met het gelijktijdig uitvoeren van beide ingrepen, welke fout hij vrijwel altijd kan vermijden. Het is daarom onjuist aan de gevolgen van een dergelijke fout de conclusie te verbinden, dat de combinatie van beide operaties verkeerd is.

Hoewel men ernaar moet streven, elke chirurgische ingreep niet onnodig groot te doen zijn, kunnen de omstandigheden het raadzaam maken, beide operaties gelijktijdig uit te voeren. Dit zal echter van geval tot geval moeten worden beoordeeld.

Een tweede opmerking zij mij toegestaan over het gebruik van het galblaasbankje. In de afgelopen vijf jaar heb ik dit niet meer gebruikt, juist omdat de patiënt in aansluiting op de operatie rugklachten kreeg, die soms enkele maanden bleven bestaan. Het is merkwaardig, dat ik deze klachten de laatste vijf jaar veel minder hoorde uiten. Bovendien meen ik, dat het opdraaien van de operatietafel voor de operateur geen verschil maakt. In het begin van de periode van vijf jaar waarin ik het galblaasbankje niet meer als routine gebruikte, werd de operatietafel een enkele maal — indien de galblaas zeer diep lag — tijdens het opereren opgedraaid. Het bleek dan, dat de galblaashals of de choledochus geenszins beter zichtbaar of bereikbaar werd. Wellicht is dit wel het geval bij zeer hoog opdraaien van de tafel, doch dat is juist een handeling waartegen ook Prof. KUMMER waarschuwt.

Literatuur: KUMMER, A. (1959) *Ned. T. Geneesk.* **103**, 601.

Hengelo, 25 maart 1959

J. ZAAIJER

Het verwondert mij geenszins dat mijn laatste klinische les tot reactie aanleiding heeft gegeven. Eerlijk gezegd had ik hierop nog meer commentaar verwacht. Ik ben de inzenders dan ook zeer erkentelijk, dat zij de pen ter hand hebben genomen om hun bezwaren naar voren te brengen.

Wanneer ik beide ingezonden stukken tegelijk mag beantwoorden, dan gaat het om drie punten waarover meningsverschil blijkt te bestaan: 1. de per-operatieve cholangiografie, 2. het in één zitting uitvoeren van twee, ieder op zichzelf grote, ingrepen (maagresectie en cholecystectomie), en 3. het gebruik van het galblaasbankje.

Ad 1. Dat de operatieduur bij systematisch doorgevoerde peroperatore cholangiografie misschien niet aanzienlijk wordt verlengd, wil ik in gevallen waar het cholangiogram een overtuigend positief of negatief beeld geeft, gaarne onderschrijven. In gevallen echter, waar twijfel blijft bestaan over het al of niet aanwezig zijn van stenen in de galwegen, wordt dikwijls veel tijd verspeeld met wikken en wegen, en deze