

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### DE ZOGENAAMDE CONTINENTE ANUS PRAETER-NATURALIS

Tot op heden zijn ons inziens nog geen goede methoden bekend om de anus praeternaturalis van een bruikbaar afsluitmechanisme te voorzien. Er zijn vele pogingen ondernomen om tot dit resultaat te komen. De methode met de tunnel en de verende klem, zoals door collega ROEGHOLT (1967) werd beschreven, leek de meest belovende. Het is inderdaad mogelijk om op deze wijze een afdoende afsluiting te verkrijgen. De nadelen van deze methode lijken echter groter dan de voordelen. Wij hebben twee mensen gevonden, die met een door collega ROEGHOLT beschreven constructie waren toegerust.

Patiënt *A* is een nu 68-jarige man, bij wie 17 jaar geleden een anus praeternaturalis met huidtunnel werd aangelegd. Deze operatie vond plaats als onderdeel van een rectum-extirpatie. De patiënt was en is nog steeds enthousiast over de slimme constructie. De continentie met deze klem was inderdaad zeer goed. Slechts zelden passeerde er flatus. De ontlasting, dun of gebonden (BOEREMA 1952) werd geheel tegengehouden. De klem was van het veiligheidspeldtype en werd op de door collega ROEGHOLT reeds beschreven wijze aangebracht.

Een groot bezwaar van deze methode bleek echter, dat de huid van de tunnel heel snel geïrriteerd raakte. Meestal kon de klem maximaal drie dagen achtereen gebruikt worden, waarna de huidlaesie een week nodig had om weer helemaal te genezen. Een ander bezwaar was, dat de kleding wel eens achter de klem bleef haken, wat erg pijnlijk was. De patiënt heeft de klem drie maanden „gebruikt”, en het was hem toen een grote opluchting tot een eenvoudig receptaculum over te kunnen gaan.

Bij onderzoek van de anus praeternaturalis (zie fig. 1)

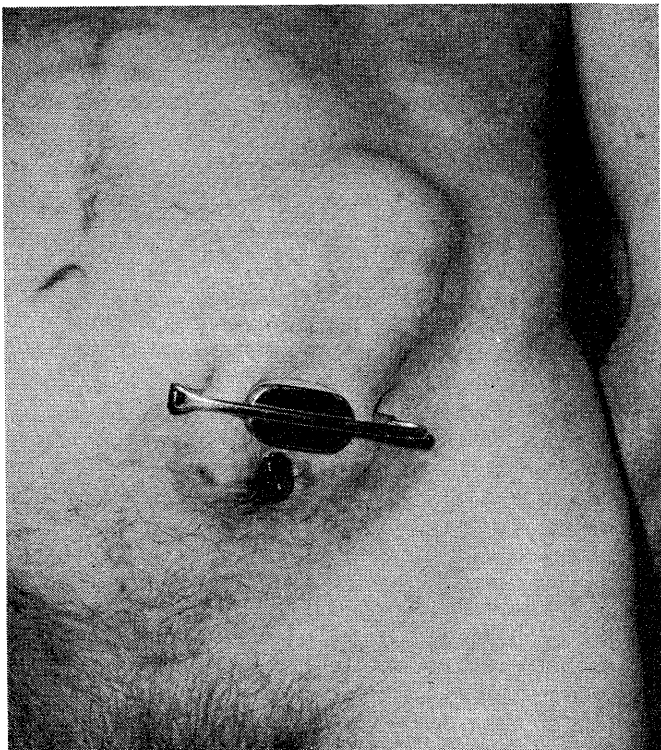


Fig. 1.

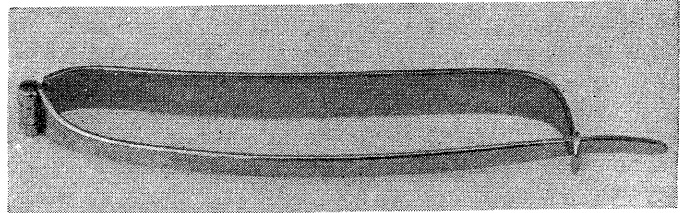


Fig. 2.

bleek, dat er een flinke littekenbreuk bestond, waardoor het stoma in een kuil kwam te liggen. Dank zij het feit, dat de anus van het droge type was, kon de ontlasting, hoewel het receptaculum niet goed afsloot, nog goed worden opgevangen. De huidtunnel had een diameter van 8 mm.

Patiënt *B* is een nu 74-jarige man, bij wie 37 jaar geleden een dubbelloops anus praeternaturalis op het colon sigmoideum werd aangelegd, waarschijnlijk wegens perianale fistels.

Twee jaar later werd patiënt via een familielid in contact gebracht met een chirurg „die kon zorgen dat patiënt van zijn receptaculum afkwam”.

Bij patiënt *B* werd een dubbelloops anus praeternaturalis met huidtunnel aangelegd. Ook deze man is nog steeds onder de indruk van deze goed bekeken constructie. De klem (fig. 2) werd net als bij patiënt *A* door een rubberbuis ingebracht. De continentie was volkomen. Zelfs flatus passeerde niet.

In de praktijk bleken zich enkele zeer onaangename complicaties voor te doen. Allereerst lukte het zelden, de klem langer dan een week achter elkaar te gebruiken, daar de huid van de tunnel dan ernstig ontstoken raakte, zodat de klem weer geruime tijd niet gebruikt kon worden. Een ander bezwaar was, dat een flatus, welke niet kon passeren, krampende pijn veroorzaakte. De patiënt was dan genooddaakt zich snel af te zonderen om de klem even los te maken.

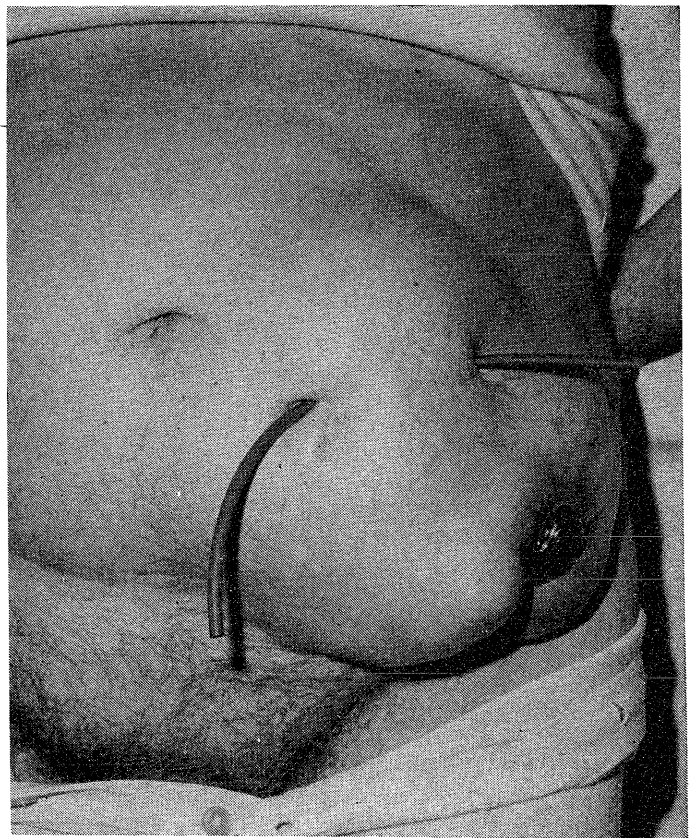


Fig. 3.

Ondanks alle moeite die patiënt zich getroost heeft om van zijn receptaculum af te komen, heeft hij de klem niet langer dan twee maanden „gebruikt”. Toen gespte hij opgelucht het receptaculum weer om.

Bij onderzoek van de anus praeternaturalis (zie fig. 3) blijkt dat er een grote littekenbreuk ontstaan is, waardoor het stoma allerongelukkeligst gelegen is. Het receptaculum past dan ook in het geheel niet en wordt alleen als drager van een wattenbed gebruikt, een wattenbed, waarin de ontlasting wordt opgevangen.

Daar de anus van het droge type is, vallen de gevolgen van dit slecht zittende receptaculum voor de omgeving erg mee. De huidtunnel, die in de loop van de jaren wel wat nauwer geworden is, had nu nog een diameter van 5 mm.

Bij beide patiënten bleek de huid van de tunnel niet tegen de druk van de klem bestand te zijn. Bij beiden bleek bij de anus praeternaturalis een littekenbreuk te zijn ontstaan.

Als conclusie willen wij stellen, dat het wel mogelijk is een anus praeternaturalis door middel van een verende klem op effectieve wijze af te sluiten, maar dat aan deze methode verschillende ernstige nadelen kleven waardoor ze, mede gezien de alternatieve mogelijkheden, voorlopig nog geen aanbeveling verdient.

*Literatuur:* BOEREMA, I. (1952) Anus praeternaturalis. *Ned. T. Geneesk.* 96, 2513. — HOLSTVOOGD, L. en E. A. G. H. DE GIER (1967) De anus praeternaturalis. *Ned. T. Geneesk.* 111, 121. — ROEGHOLT, M. N. (1967) De continente anus praeternaturalis. *Ned. T. Geneesk.* 111, 655.

Amsterdam, 13 januari 1968

L. HOLSTVOOGD  
E. A. G. H. DE GIER

De door mij beschreven patiënt met de ileum-anus is meer dan tien jaar na de operatie (in de oorlog, jaar onbekend) in Suriname overleden aan een ziekte die mij aan een sepsis deed denken. Hij heeft dus lang plezier van zijn anus gehad: nooit eczeem of andere klachten. 's Nachts kon hij zelfs de klem weglaten. De beide patiënten, beschreven door de collegae HOLSTVOOGD en DE GIER, hadden beide een littekenbreuk, irritatie van het kanaal en één had kramp bij de noodzaak te flatuleren. De kramp wijst erop, dat de klem te vast drukte. Dat mag niet. Dat is slecht voor de huid, vooral voor die van het kanaal. De druk moet licht zijn. Daarom moet de constructie zó zijn, dat er een ruime afstand is tussen de benen van de klem en er moet een dik stuk sponsrubber over het bovenste been van de klem geprikt worden. Verschuiving ervan is dan tevens niet mogelijk. De klem moet 's nachts weggelaten worden en als het kanaal het nodig heeft, moet men er dan een stukje gaas met poeder doorheen halen. Het kanaal moet ruim zijn, zo ruim als men het met het oog op de incisies in de huid kan maken, maar toch zó, dat de sluiting van de huid over de tunnel zonder spanning plaatsvindt. Niet alleen wordt de tunnel dan ruim, maar ook het subcutane stuk van de darm wordt lang. Dit komt in mijn tekening 3 onvoldoende uit, maar wel op de platen. Een post-operatieve breuk is lastig, maar er blijkt uit, dat de operatie niet geheel gelukt is. Ik geloof, dat men de constructie van een continente anus moet reserveren voor de eindelingse anus. Alleen dán is een zorgvuldige sluiting van de buikwand om de uitredende lis mogelijk. Dat de kleren soms last geven, moet voorkomen kunnen worden. Ik meen dus, dat het lot van deze twee patiënten geen reden mag zijn de operatie geheel te verwerpen.

Het is overbekend, dat vele mensen met een laag-zittende sigmoïdanus zich volmaakt gelukkig kunnen voelen. Ik kende mensen, die 's ochtends boven de W.C. de darm ledigden en de anus dan slechts met een lapje bedekten. Dit

is geen regel. Diarree gooit deze mogelijkheid in de war. De receptacula zijn veel verbeterd. Op Java kon ik ze niet krijgen. Vandaar de operatieve methode, die ook hier geïndiceerd kan zijn.

De Engelse Vereniging van „Ileostomists” houdt jaarlijkse vergaderingen om de ervaringen van de leden uit te wisselen over de beste wijze om de zo hinderlijke en ondraaglijke eczemen te behandelen. Ik stuurde aan de Redactie van de *Lancet* een korte beschrijving van de continente anus. Zij besprak deze brief met enkele adviseurs en ried mij aan, de methode te publiceren. Ik deed dat enkele jaren later (april 1967).

Het beste zal zijn over een of twee jaar eens te informeren, of men in Engeland de methode heeft beproefd, en met welke resultaten.

Baarn, 22 januari 1968

M. N. ROEGHOLT

### DENTOGENE FISTELS IN HET GELAAT

In het artikel van tandarts VRIEZEN (1968) is de actinomycose als oorzaak van dentogene fistels er m.i. wat kaal afgekomen.

Uit de systematische onderzoeken van de Franse stomatoloog DECHAUME en de Berlijnse chirurg AXHAUSEN van enkele decennia geleden, blijkt dat actinomycose veel vaker voorkomt dan men algemeen aannam, dit laatste vooral door het taaie leven van het sprookje van het „Kauen an Gräsern” als etiologische factor.

Voor de mondarts en de tandarts zullen bij dentogene fistels vanzelf denken aan gangreneuze kiezen, „dentitio difficilis” van de onderste verstandskies enz., en kunnen dus een belangrijke rol spelen bij het opsporen van „vroeg” gevallen en dus voorkoming van uitbreiding in spieren, fascie en ligamenten, die zelfs tot een volledige ankylose van het kaakgewricht kunnen leiden.

Het onderzoek van de etter is niet eenvoudig, moet vaak worden herhaald, men moet niet volstaan met bacteriologisch onderzoek van de etter, maar ook de granulaties histologisch onderzoeken.

Belangstellenden moge ik verwijzen naar twee artikelen van mijn hand over dit onderwerp: „Orthopaedische techniek in de keel-neus-oorheelkunde” en „Mandibulaire, maxillaire en cervico-faciale actinomycose”, beide verschenen in dit *Tijdschrift* in resp. 1947 en 1963.

*Literatuur:* OMMEN, B. VAN (1947) *Ned. T. Geneesk.* 91, 1958; (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 1271. — VRIEZEN, TH. C. (1968) *Ned. T. Geneesk.* 112, 65.

Amsterdam, 15 januari 1968

B. VAN OMMEN

Het verheugt mij dat collega VAN OMMEN mijn artikel over dentogene fistels met belangstelling heeft gelezen.

Fistels in het gelaat kunnen allerlei oorzaken hebben, waaronder actinomycose (zie onder Differentiële diagnose). Het was echter niet mijn bedoeling een artikel te schrijven over fistels in het algemeen, doch uitsluitend over dentogene fistels, daar deze vaak niet worden herkend.

In het abcesje dat op de huid verschijnt vlak voordat de fistel doorbreekt, worden inderdaad soms actinomyces gevonden. De aanwezigheid hiervan wil m.i. nog niet zeggen dat men met een echte actinomycose heeft te maken, of dat deze zou ontstaan. Deze straalshimmel immers kan ook normaal in de mond worden aangetoond en eveneens in allerlei holtten, die met de mond in verbinding staan.

De echte actinomycose heeft een zeer karakteristiek ziektebeeld, dat in zijn uitgebreide vorm betrekkelijk zeldzaam is.

Dat de actinomyces geen belangrijke betekenis hebben ge-