

breuk aan de waarde van het symposion, omdat mijns inziens de elektroslaap in de psychiatrische kliniek een belangrijke verrijking kan zijn van de therapeutische mogelijkheden.

Conclusie: een bijzonder nuttig symposion, waarbij het jammer was, dat er niet meer Nederlanders aan hebben deelgenomen.

Bilthoven, november 1969

W. P. J. VIËTOR

INGEZONDEN

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

HUIDHEMANGIOMEN BIJ KINDEREN

In het artikel van HUFFSTADT (1970) komt het vraagstuk van actieve behandeling of abstinentie en observatie ter sprake van die huidhemangiomen, bekend als „strawberry naevus”, aardbei- of frambozen-hemangioom, zonder subcutane uitbreiding doch beperkt tot de huid. In de overgrote meerderheid der gevallen, zo meent men algemeen, vertoont het vormsel een spontane regressie en involutie in de eerste vijf levensjaren, ongeacht de alarmerende groei in het eerste levensjaar. In deze gevallen verkrijgt de natuur een beter uiteindelijk resultaat dan welke chirurg, dermatoloog of radiotherapeut dan ook. Daarom is geen ogenblikkelijke behandeling nodig.

De door HUFFSTADT aanbevolen tijd van één tot twee jaren observatie acht ik daarom te kort. Toegegeven moet worden, dat zelfs na het eerste jaar een actieve uitbreiding langs de omtrek van de afwijking kan plaatsvinden, maar tegelijkertijd ziet men dan een fibrosering en opbleking in het centrum ontstaan, hetgeen wijst op een uiteindelijke goede prognose. Dit verschijnsel werd niet genoemd. Het kan met geduld misschien altijd worden waargenomen.

Vooropgesteld zij, dat ik geheel instem met de algemene teneur in de benadering, zoals in het artikel tot uitdrukking komt. Toch zou ik over het behandelingsschema nog een enkele opmerking willen maken, afgezien van de reeds genoemde observatie-tijd.

Het lijkt mij riskant de auteur in een van zijn indicaties tot ingrijpen te volgen, en wel daar waar hij spreekt van een psychische belasting der ouders. Zulk een handelwijze kan leiden tot een slechter eindresultaat dan abstinentie en observatie zouden hebben gegeven. Hier komt bij de ethische moeilijkheid, dat men zich dan niet laat leiden door het uiteindelijke beste voor het kind doch door de (tijdelijke) geruststelling der ouders. Deze discutabele indicatie wordt in negatieve zin door de auteur zelf getoond in zijn vijfde geval bij JOKE, bij wie het niet-behandelde oor normaal werd zoals hij schrijft, doch de rest van het wel-behandelde gelaat alle stigmata van de operaties vertoont zoals men kan waarnemen.

Slechts wanneer mocht blijken dat het kind door zijn frambozen-hemangioom blootgesteld wordt aan ernstige fysieke of mentale agressie van de zijde der ouders, zou men kunnen overwegen, deze bedreiging te keren door een operatief ingrijpen. Waarbij men dan bewust moet zijn van het onvolmaakte eindresultaat, en moet aanvaarden, dat men het kind zélf op de lange duur een beter eindresultaat onthoudt. Men zou m.i. beter kunnen redeneren, dat in zulk een omstandigheid niet de baby doch de ouders medisch hulp nodig hebben!

Door HUFFSTADT wordt ten slotte als mogelijke behandeling van hemangiomen nog de tatoeage genoemd. Voor

de duidelijkheid moet gesteld worden, dat tatoeage met een wit pigment slechts zin heeft bij bepaalde soorten wijnvlekken, zeker niet bij de aardbei-naevus.

Literatuur: HUFFSTADT, A. J. C. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 181.

Tilburg, 1 februari 1970

J. HAGE

Met belangstelling en ook met enige verbazing las ik de klinische les van collega HUFFSTADT over huidhemangiomen bij kinderen (1970). Het is in het Gronings Academisch Ziekenhuis, dat in den lande toch terecht een zeer goede naam heeft, blijkbaar mogelijk, dat de plastisch chirurg zich (te zamen met radiotherapeut en oogarts³) begeeft op een gebied waarop de dermatoloog zich al tientallen jaren veel ervaring en kennis heeft verworven, zonder daarbij de dermatoloog om zijn mening te vragen of in zijn werkgroep op te nemen. Uit eigen ervaring kan ik zeggen dat dagelijkse samenwerking tussen plastisch chirurg en dermatoloog juist bijzonder nuttig is, en dat beide disciplines elkaar op vele gebieden goed aan kunnen vullen.

Collega HUFFSTADT gaat in zijn klinische les eigenlijk geheel voorbij aan de realiteit zoals die zich in de algemene praktijk dagelijks voordoet: wat doet men wanneer men te maken heeft met een haemangioma cavernosum dat men iedere week groter ziet worden en dat geen enkel teken van spontane regressie toont. Wanneer men in een dergelijk geval niets doet en rustig afwacht tot het hemangioom aanzienlijk in omvang en dikte is toegenomen en het zijn maximum-grootte heeft bereikt, en daarna de plastisch chirurg naar zijn mening vraagt, ben ik het geheel met collega HUFFSTADT eens dat men er dan maar beter af kan blijven om af te wachten tot spontane regressie intreedt. Men ziet dan vaak (niet altijd) het hemangioom geleidelijk kleiner worden, echter meestal toch met achterlating van restverschijnselen. Deze kunnen, indien het een groot hemangioom betreft, cosmetisch storend zijn, zeker indien ze zich in het gelaat en in de hals bevinden (pigmentatie of depigmentatie, sponsachtig aspect van de huid, teleangiëctasieën enz.).

Het is dan ook de mening van vele dermatologen dat er bij een snel groeiend oppervlakkig haemangioma cavernosum, zeker indien het gelokaliseerd is op plaatsen waar dit als cosmetisch storend wordt ondervonden (gelaat, hals, armen, handen enz.), wel degelijk een indicatie bestaat om handelend op te treden. Het doel is dan niet, de tumor met röntgenstralen te vernietigen, zoals collega HUFFSTADT waarschijnlijk bedoelt, maar om verdere groei af te remmen en de regressie in gang te zetten.

De röntgen-contact-apparatuur stelt de dermatoloog in de gelegenheid, röntgenstralen zodanig op de huid te appliceren dat het, door variatie aan te brengen in focus-huid-afstand en filtering, mogelijk wordt om de huid i.c. het hemangioom zodanig te bestralen, dat de ioniserende straling niet dieper gaat dan enkele millimeters. De straling dringt dan niet door tot de onderliggende weefsels (o.m. bot). Wanneer men dit lege artis doet, door de omgeving van het hemangioom af te schermen met lood, door slechts een zeer geringe dosis variërende van 250 tot 500 r te geven met minimale door-dringsdiepte, en last but not least op goede indicatie, ziet men dat het hemangioom geen millimeter groter wordt en na een periode van ongeveer 2 maanden langzaam tekenen van regressie gaat tonen. Wanneer men zover is met de behandeling doet men verstandig verder af te wachten en heeft men bereikt dat een haemangioma cavernosum, dat anders wellicht zeer groot geworden zou zijn en met restverschijn-

selen zou zijn genezen, beperkt is gebleven tot een zo klein mogelijk gebied, en dat de restverschijnselen eveneens tot een minimum beperkt zijn.

Doordat men tevens een geringe dosis röntgenstralen heeft geapliceerd op een klein stukje huid van slechts enkele cm² en deze niet verder in de huid heeft laten doordringen dan enige millimeters, is het ook onmogelijk dat men het patiëntje algemene of lokale schade heeft toegebracht.

Het komt mij voor, dat de studie van collega HUFFSTADT aan belangrijkheid gewonnen zou hebben, wanneer hij ook eens de mening van de dermatoloog gevraagd zou hebben. Het is naar mijn mening een goede gewoonte om iedere patiënt individueel te beschouwen. Mij dunkt dan ook, dat patiëntjes met caverneuze hemangiomen er het meest bij gebaat zijn wanneer in eerste instantie de dermatoloog wordt gevraagd wat in een bepaald geval de beste therapie lijkt te zijn: afwachten onder frequente (ook fotografische) controle, voorzichtige röntgenbehandeling, of intralesionale injecties met een scleroserende vloeistof. Naar mijn ervaring — die door vele dermatologen wordt gedeeld — is het bij een juiste beoordeling van de toestand zelden nodig, dat in een later stadium de hulp van een plastisch chirurg moet worden ingeroepen.

Literatuur: HUFFSTADT, A. J. C. (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 181.

Zwolle, 2 februari 1970

A. A. SOLLEWIJN GELPKE

ieder apart hemangioom gewaar worden. Een behandeling instellen op een tijdstip waarop men niet kan voorspellen hoe het verdere beloop zal zijn, naast de kennis dat 60 à 70 pct van deze huidhemangiomen bij kinderen spontaan volledig verdwijnt, is daarom niet gerechtvaardigd. 60 à 70 pct van de successen die men met zo'n behandeling bereikt krijgt men cadeau. Bovendien zijn de resultaten na spontane regressie minstens zo fraai als na welke therapie dan ook.

Over de rechtvaardiging van de toepassing van röntgenstralen voor benigne aandoeningen kan men discussiëren. Toepassing bij benigne afwijkingen waarvan bekend is dat zo'n hoog percentage spontaan verdwijnt, lijkt niet verantwoord.

Ik kan collega SOLLEWIJN GELPKE geruststellen over de relatie met de dermatologische kliniek in het Academisch Ziekenhuis te Groningen. Deze is zeer goed en betreft niet alleen de huidhemangiomen, maar ook vele andere dermatologische afwijkingen.

Hoewel ik het dus helemaal niet eens ben met de voorstelling van zaken door collega SOLLEWIJN GELPKE ben ik toch blij met zijn reactie, want het heeft mijzelf genezen van de naïeve veronderstelling dat in Nederland het bestralen van huidhemangiomen bij kinderen in het algemeen als obsoleet wordt beschouwd. Het is voor ons een voldoende stimulans nog meer studie aan dit onderwerp te wijden — samen met radiotherapeut, dermatoloog en radiopatholoog.

Groningen, februari 1970

A. J. C. HUFFSTADT

Daar collega HAGE geheel instemt met de algemene teneur van mijn beschouwing over huidhemangiomen bij kinderen, zal ik alleen ingaan op zijn opmerkingen betreffende de behandeling op indicatie van de psychische moeilijkheden bij de ouders ten gevolge van de afwijking.

Als collega HAGE mijn klinische les goed heeft gelezen, zal hem de zin: „Dit hangt natuurlijk nauw samen met de technische mogelijkheden in verband met de lokalisatie van het hemangioom” niet zijn ontgaan. Die zin betekent dat de ingreep verantwoord moet kunnen worden uitgevoerd, waarbij het eindresultaat acceptabel moet zijn. Er zijn veel hemangiomen waarbij, na operatieve verwijdering, niet meer dan een dun lijnvormig litteken de enige rest is.

Het geval van JOKE heeft collega HAGE waarschijnlijk niet begrepen. Die ingreep werd niet verricht om de ouders gerust te stellen, maar omdat de behandelende artsen ongerust werden en zich afvroegen of hier toch sprake kon zijn van een kwaadaardige component.

Wij gaan ervan uit dat in eerste instantie een hemangioom niet behandeld moet worden, doch geruime tijd moet worden geobserveerd. Hemangiomen die stationair zijn, maar waarover de ouders zich ondanks voorlichting toch ernstig ongerust blijven maken, mogen m.i. worden geëxicideerd indien dat verantwoord kan worden uitgevoerd (zie bovenstaande argumentering). Gelukkig kan men de meeste ouders voldoende overtuigen van het belang van heel lang afwachten bij huidhemangiomen. Enkele ouders kunnen dit helaas niet opbrengen.

Of werkelijk *alle* huidhemangiomen *altijd* volledig vanzelf verdwijnen, heeft nog nooit iemand exact kunnen aantonen.

Niemand kan voorspellen of een huidhemangioom bij een kind nog groter zal worden of zich reeds in de stationaire fase bevindt, waarna regressie mag worden verwacht. Uitsluitend door afwachten onder controle kan men dit van

DE CHIRURGISCHE BEHANDELING VAN MASSALE LONGEMBOLIEËN

Naar aanleiding van de artikelen van MUSKENS e.a. (1969) en GERMS en GLAZENBURG (1969) stellen wij de lezers van het tijdschrift gaarne op de hoogte van een methode, die door het hartteam van het Brompton Hospital op het congres van de International College of Surgeons in juni 1969 werd gepropageerd.

In de desbetreffende sectie sprak M. PANETH, chirurg in het Brompton Hospital, over de resultaten van embolectomie met behulp van extra-corporale circulatie. De resultaten waren goed, vooral nadat als regel werd ingevoerd dat vóór het toedienen van een anaestheticum intraveneus metaraminol (Aramine) moest worden gegeven om verdere tensiedaling te voorkomen.

De cardioloog G. MILLER uit hetzelfde ziekenhuis besprak daarna een methode, waarbij op conservatieve wijze de thrombusmassa tot verdwijnen wordt gebracht. Direct na het stellen van de klinische diagnose wordt een hartcatheter ingebracht teneinde 1. de druk te meten in rechter atrium, rechter ventrikel en arteria pulmonalis, 2. op een arteriogram de diagnose te bevestigen en de ernst van de obstructie vast te leggen, en 3. een bloedmonster uit de arteria pulmonalis of de rechter hartkamer te nemen om de zuurstofsaturatie (veneus) te bepalen. Een arteriepunctie levert tegelijkertijd het bloedmonster voor het bepalen van de arteriële saturatie. De patiënt krijgt daarna via de hartcatheter, die in de arteria pulmonalis blijft liggen, 600.000 E trombokinase in het eerste half uur geïnfundeed. Hierna 100.000 E trombokinase elk uur gedurende de eerste 72 uur. Bovendien worden heparine en hydrocortison gegeven. Het ECG wordt continu afgelezen (monitor). Stollingsfactoren en fibrinogeengehalte worden regelmatig gecontroleerd.

Na 36 uur wordt een tweede arteriogram vervaardigd en worden opnieuw drukmetingen verricht en zuurstofsaturatie gemeten.