

meest tevreden over de resultaten de chirurgen zijn en niet de internisten. Het verwijderen van 60-75% van een normale maag blijft een *mutilerende ingreep*, die mij altijd doet denken aan een dij-amputatie voor een ulcus op de teen. Dit laatste is ook wel eens nodig, maar ook hierbij hebben we recent geleerd dat bij een andere techniek opvallend vaak het kniegewricht te sparen is!

Uit eigen ervaring bij een groot aantal patiënten (meer dan 1200) heb ik reeds 12 jaar geleden de subtotale maagresectie als routine-operatie verlaten voor de kleine resectie met vagotomie. Wanneer, en in welk geval we een keuze moeten maken uit het grote arsenaal van ingrepen, dat wij nu tot onze beschikking hebben bij de behandeling van het ulcus pepticum is een probleem apart.

De subtotale maagresectie, de antrectomie met vagotomie (met een anastomose volgens BI of BII), vagotomie met gastro-enterostomie, de vagotomie met één van de verschillende pyloroplastieken, de selectieve en de „pariëtale-cel“-vagitomie hebben alle hun vóór- en nadelen. Vele studies zullen nog nodig zijn om uit te maken bij welke patiënt op welk tijdstip, welke ingreep moet worden aangeraden.

In ieder geval dient de operatie-methode aan de patiënt te worden aangepast en in mijn ogen is het verkiezen van de subtotale maagresectie als methode der keuze een even grote „oversimplificatie“ als het verkiezen van „de“ vagotomie.

Literatuur: WEEL, M. W. VAN (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2193.

Rotterdam, 27 december 1971

H. MULLER

Het samenvatten van een controversieel vraagstuk als het onderhavige zal wel nooit leiden tot bevrediging van alle partijen.

Toch spijt het mij dat Prof. MULLER mij ervan verdenkt deze studie met een vooroordeel tegen de vagotomie te zijn begonnen. Ik erken op verschillende punten twijfel te hebben gehad, maar was gaarne bereid mij door de jongste gegevens in de literatuur te doen overtuigen. Jammer genoeg nemen die — met alle waardering voor het voortreffelijk spuurwerk dat in veel vooraanstaande klinieken aan de gang is — mijn vraagtekens niet weg, in tegendeel.

Ik onderschrijf de bezwaren van Prof. MULLER ten aanzien van de grote maagresectie, maar helaas ken ik geen betere methode voor de behandeling van het doorsnee ulcus duodeni. Gelukkig zijn mijn resultaten in een zeer bevredigend aantal uitstekend.

Prof. MULLER deelt mede, sinds 12 jaar te zijn overgegaan op een kleine (40%?) maagresectie, die gecombineerd wordt met een vagotomie. Voordelen en bezwaren tegen deze behandelingswijze heb ik in mijn artikel vermeld. De mutilatie en de patho-fysiologische nasleep is nauwelijks minder dan die bij de „grote“ maagresectie, het risico (de verzorging van de duodenumstomp) is even groot. Daarbij voegt zich nog de moeite en het extra risico van de vagotomie en de kans op narigheid op lange termijn, die uitsluitend op rekening komt van de vagusdoorsnijding.

Rotterdam, 10 januari 1972

M. W. VAN WEEL

Collega VAN WEEL (1971) heeft het aangedurfd, een kritische vergelijking te maken tussen de vóór- en nadelen van de maagresectie enerzijds en van de vagotomie (al dan niet

met pyloroplastiek) anderzijds. De vagotomie komt er ten slotte slechts af: „vagitomie, gecombineerd met pyloroplastiek of gastro-enterostomie is als behandeling van het ulcus duodeni minder doeltreffend dan maagresectie.“ Wij hebben bewondering voor het heldere betoog maar het zij ons ver Gund, toch enkele kanttekeningen te maken.

Collega VAN WEEL maakt bij zijn beschouwingen over de techniek van de vagotomie en vervolgens ook bij zijn beschouwingen over de doeltreffendheid van en de klachten na vagotomie onderscheid tussen twee manieren van doorsnijding van de vagus:

1. doorsnijding van de hoofdstammen, waarbij men gedwongen is, ook een drainerende operatie te doen;
2. selectieve doorsnijding van alleen de takjes die in de maag uitwaaieren, waarbij men eveneens gedwongen is, een drainerende operatie te doen.

Een derde mogelijkheid, nl. selectieve vagotomie zonder drainage-operatie, wordt afgedaan als „het nieuwste snuffje, waardoor de kring naar de eerste zeer ongunstige ervaringen van DRAGSTEDT (1943) weer gesloten lijkt te zijn“. Ik meen dat door deze pejoratieve omschrijving de techniek van de selectieve vagotomie zonder drainage-operatie (in elk geval in het huidige experimenteerstadium) onrecht wordt aangedaan. Met name wordt niet vermeld dat bij deze vorm van selectieve doorsnijding van de vagustakjes die in de maag uitwaaieren niet slechts de rami hepatici en coeliaci, doch ook de tak(jes) die naar de pylorus gaan, gespaard worden. Juist dit laatste is van belang omdat daardoor de pylorusmotoriek intact blijft, zodat het achterwege laten van een drainerende operatie gerechtvaardigd is (kan zijn).

Als men deze derde vorm van vagotomie kiest (*kan* kiezen; zie onder) vallen veel van de bezwaren die collega VAN WEEL tegen de vagotomie inbrengt weg. Allereerst is de pylorus niet vernield, zodat men geen „incontinent orgaan overhoudt, waarbij de zwaartekracht bij de lediging van groter belang wordt dan welke invloed dan ook“ (een bezwaar dat geldt tegen de vagotomie met drainage-operatie, maar dat natuurlijk in niet mindere mate geldt tegen de maagresectie!); verder krijgt men niet te maken met een „onbehoorlijk functioneren van de pyloroplastiek of zelfs stenosering van de uitgang“; men hoeft ook niet te vrezen voor een invaliderende diarree en wat betreft de „slikklachten“ (waarschijnlijk zijn „passagestoornissen“ bedoeld) heeft men bij selectieve vagotomie weinig kans „op motorische uitval van de nervus vagus in het onderste deel van de slokdarm of op letsel tijdens de operatie aan de slokdarm toegebracht“; tenslotte zij opgemerkt dat ook na maagresectie insufficiëntie van de cardia en hiatus hernia „veelvuldig schijnen“ voor te komen. Het grote voordeel van de selectieve vagotomie zonder drainage-operatie is echter dat men niet hoeft te vrezen voor naadlekkages, die de mortaliteitsstatistieken van de maagoperaties zo ongunstig beïnvloeden. Wij zijn ons bewust dat slechts een beperkte groep van ulcus-patiënten voor deze vorm van selectieve vagotomie in aanmerking komt; in elk geval lijkt deze wijze van opereren niet zinnig bij het ulcus ventriculi en zeker niet bij pylorusstenose of verregaande stricturering van de bulbus duodeni. Misschien is er slechts een indicatie voor deze operatie bij die groep ulcus-patiënten die omschreven worden als „ongecombineerde gevallen, bij wie ook een resectie met zeer lage mortaliteit mogelijk zou zijn geweest“. Maar juist voor deze groep patiënten menen wij aan selectieve vagotomie zonder drainage-operatie de voorkeur te moeten geven, omdat het de minst mutilerende ingreep is, waarna bovendien een normale (fysiologische) zuurgraad in de maag gehandhaafd kan worden (zie onder). Overigens hebben wij de operatie, behalve bij patiënten met recidiverend ulcus duo-

Patiënt	Diagnose	Operatie	Nachtelijke maagzuursecretie				
			Vol. (ml)	pH	Vrij zuur (mmol/12 h)	Tot. zuur (mmol/12 h)	
D	Recidiverend ulcus duodeni	Selectieve vagotomie	Pre-operatief	1150	1,5	69	97
			Post-operatief	90	1,5	3	4,7
B	Hernia hiatus oesophagei + oesophagitis	Selectieve vagotomie	Pre-operatief	560	1,7	39	53
			Post-operatief	170	1,9	2,4	5,4
H	Ulcus ventriculi + ulcus duodeni + pylorusstenose	Selectieve vagotomie + antrumresectie	Pre-operatief	1400	1,7	50	81
			Post-operatief	250	5,7	0	n.g.
E	Melaena op basis van recidief ulcus duodeni	Selectieve vagotomie + antrumresectie	Pre-operatief	900	1,5	54	74
			Post-operatief	630	n.g.	0	29

deni, ook als extra ingreep toegepast bij patiënten met peptische oesophagitis op basis van een insufficiënt cardiaemechanisme, al dan niet met hernia hiatus oesophagei.

Selectieve vagotomie zonder drainage-operatie heeft bovendien het aangename voordeel dat men voor controle achteraf niet slechts aangewezen is op de proef van Holländer („voor de patiënt op zijn minst zeer onaangenaam en niet ongevaarlijk”), doch dat men, omdat de pylorus intact is gebleven, ook de meer conventionele methoden voor beoordeling van de maagzuursecretie kan toepassen. Zelf hebben wij bij een nog kleine reeks patiënten met recidiverend ulcus duodeni en peptische oesophagitis zowel vóór als na de operatie gedurende twee opeenvolgende nachten de nachtelijke maagzuursecretie bepaald. Bijgaande tabel geeft een voorbeeld van de resultaten van een dergelijk onderzoek bij een patiënt met recidiverend ulcus duodeni en bij een patiënt met peptische oesophagitis, die selectieve vagotomie zonder drainage-operatie ondergingen, en twee andere patiënten met recidiverend ulcus duodeni, bij wie selectieve vagotomie plus antrumresectie verricht werden (van de duplo-bepalingen pre- en postoperatief zijn in de tabel slechts de bepalingen met de hoogste zuur-output vermeld). Het blijkt dat na vagotomie zonder drainage-operatie de zuur-output sterk wordt teruggedrongen, terwijl toch een lage pH behouden blijft (hetgeen bij een drainage-operatie in het algemeen niet het geval zal zijn door de reflux van neutraliserende, basische darminhoud). Misschien heeft het bewaard blijven van deze lage pH voordelen voor de resorptie van ijzer en kalk (minder kans op ijzergebreksanemie en osteoporose?); in elk geval blijft het bactericide effect van de maaginhoud behouden. Geen van onze patiënten die selectieve vagotomie zonder drainage-operatie ondergingen, had postoperatief last van maagretentie op basis van pylorusspasmus. De toekomst zal moeten leren of deze operatietechniek ook op langere termijn haar voorlopig gunstige resultaten zal behouden. Thans lijkt het echter nog niet gerechtvaardigd, alle vagotomie-kinderen met het badwater weg te gooien.

Literatuur: WEEL, M. W. VAN (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1837.

Leiden, 10 januari 1972

J. D. HOLTZER
J. F. RHEDE VAN DER KLOOT

Wij, Nederlanders, zijn een dóód-ernstig volkje! Wie het waagt in een redelijk serieus gesteld artikel ergens een wat lichtere schrijfrant te bezigen, loopt de kans hiervoor duchtig op de vingers te worden getikt.

Het spijt mij oprecht dat mijnschertsend bedoeld „nieuwste snuffje” en de daaropvolgende, formeel inderdaad niet helemaal juiste vergelijking met de vroegste dagen van de vagotomie ergernis heeft gewekt en zelfs als „pejoratief” (kom, kom, collegae HOLTZER en VAN RHEDE VAN DER KLOOT!)

274

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 7, 1972

is gebrandmerkt. Enig disrespect werd door mij stellig niet bedoeld!

Intussen spijt het mij nóg meer dat men mij als tegenstander van deze belangwekkende behandelingsmethode is gaan zien. Ik ben zeer gevoelig voor de aantrekkelijke aspecten en volg de research op dit gebied, die nog in volle gang is, met grote aandacht. Ik heb mijn best gedaan in mijn opstel duidelijk te maken wáárom ik vagotomie als routine-behandeling van het ulcus duodeni niet verkies boven de mij vertrouwde maagresectie. Daartoe heb ik enkele controversiële punten onder de loep moeten nemen waar ik gewoonweg mee zit en waarmee de voorstanders van vagotomie geen enkele moeite lijken te hebben.

Wie er anders over denkt en het pad van de vagotomie met minder schroom betreedt (ik zelf maakte op bl. 2196 en 2197 naar ik mag hopen voldoende duidelijk dat ik een vagotomie op speciale indicatie — dus incidenteel — als een belangrijke aanwinst beschouw) wens ik van harte een zeer goede reis toe. Wel zou ik hem willen vragen af en toe een briefkaartje te sturen over zijn ervaringen: Nederlandse mededelingen over de resultaten van vagotomie zijn uiterst schaars. Ook daarom heb ik met grote belangstelling kennis genomen van het ingezonden schrijven van mijn beide Leidse collegae.

Een enkel slordigheidje in hun epistel vond ik wat ontstierend: wanneer men opponeert dient men met citaten zeer zorgvuldig te zijn. „Onbehoorlijk” functioneren van een pyloroplastiek is dwaasheid; ik schreef „niet behoorlijk” functioneren (bl. 2196).

Verder had ik graag gezien dat men had uiteengezet hoe men er bij komt dat insufficiëntie van de cardia en hiatus hernia ook na maagresectie veelvuldig schijnen voor te komen. De hiatus oesophageus blijft hier immers volledig buiten schot; ikzelf heb deze verwickelingen dan ook nóóit gezien.

Tenslotte, met de eindconclusie van de heren HOLTZER en VAN RHEDE VAN DER KLOOT kan ik zeker instemmen.

Rotterdam, 17 januari 1972

M. W. VAN WEEL

Predictor-zwangerschapstest

Gaarne wil ik reageren op de ingezonden brief van de collegae DRIESSEN en VASEN (1971).

In mijn praktijk deed ik onlangs de volgende ervaringen op:

1. Een hypernerveuze 52-jarige vrouw deed zelf wegens uitblijven der menses de Predictor-zwangerschapstest. Uitslag positief. Paniek! Pregnosticon tweemaal negatief. Onderzoek leverde geen bijzonderheden. Het lukte me pas, de vrouw echt te overtuigen en te kalmeren toen na 2 maanden spontaan een menstruatie optrad.