

Dat er zelfs door de talrijke buitenlandse „research-fellows” in het laboratorium nauwelijks iets wordt gedaan, is vooral verbazingwekkend omdat men toch waarlijk niet tevreden kan zijn over de met levertransplantaties behaalde resultaten. Er zijn thans in Denver ruim 50 levertransplantaties verricht, de eerste in 1962. Van de desbetreffende patiënten waren er medio oktober nog acht in leven, van wie vier langer dan één jaar: drie jaar (galwegatresie), tweeënhalf jaar (biliaire cirrose met als toevallige vondst een hepatoom), twee jaar (ziekte van Wilson) en één jaar (chronische agressieve hepatitis, nu weer Australië-antigeen positief). De vier overige patiënten hebben kort geleden een transplantatie ondergaan, allen orthotoop voor atresieën. Twee van hen zijn goed, hoewel beiden een afstotingsreactie hebben doorgemaakt in de eerste twee weken; twee verkeren in desperate toestand door technische complicaties: galweglekkage met peritonitis. Deze laatste serie telde aanvankelijk zes patiënten. Twee van hen zijn overleden: één aan een niet te stuiten afstoting, en één aan een recidief van endotheliosaroom waarvoor hepatectomie was uitgevoerd.

De situatie is dus wel bijzonder ongunstig. Terzijde kan hier worden opgemerkt dat dit elders in de wereld niet beter is. STARZL is echter wel degelijk van plan, met zijn pogingen door te gaan. Heterotope transplantaties wil hij in elk geval niet meer uitvoeren voordat hij met de orthotope techniek meer succes heeft. Dit ondanks het feit dat hij niet meer zal transplanteren bij patiënten die een hepatectomie moeten ondergaan wegens een in de lever gelokaliseerd maligne proces. Op één uitzondering na zijn alle patiënten die STARZL heeft geopereerd en bij wie tumorgroei in de lever de indicatie tot de levertransplantatie was, overleden. In Denver werd de indruk verkregen dat in de meeste gevallen versterkte tumorgroei ontstond als gevolg van de toegepaste immunosuppressie. FORTNER (Memorial Hospital, New York) heeft bij de door hem getransplanteerde patiënten deze ervaring niet opgedaan. Hij deelt STARZL's opvatting dan ook niet en zal binnenkort beginnen met een reeks transplantaties bij patiënten met hepatomen die niet curatief met een hemihepatectomie te behandelen zijn. Voor zover mij bekend is,

zijn er behalve deze twee, geen anderen in de V.S., die voornemens zijn levertransplantaties uit te voeren.

De vraag of wij dit hier te lande wél moeten doen, is hier niet aan de orde. Niettemin is het misschien zinvol, in dit verband een experimenteel onderzoek te noemen (een van de weinige op dit gebied), dat dit jaar werd uitgevoerd in de Mayo Clinic. Bij honden waarbij experimenteel een acute levernecrose was opgewekt, werden auxiliaire levertransplantaties uitgevoerd: 15 controlehonden stierven; van de 15 proefdieren stierven er drie aan irrelevante complicaties, de resterende twaalf bleven in leven. Misschien ligt hier een mogelijkheid voor een bescheiden hernieuwd aanvatten van deze ingreep in de kliniek: tijdelijke auxiliaire transplantaties bij patiënten met in principe op den duur reversibele levernecrose (haloethaan?).

Ten aanzien van de levertransplantatie is het resultaat van dit recente bezoek aan de V.S. in de eerste plaats een stimulans om het experimentele werk met energie voort te zetten: de Amerikanen doen het niet meer voor ons. Wat de niertransplantaties betreft, komen enkele gedachten naar voren, die ik hier slechts noem omdat zij zijn voortgekomen uit suggesties van een deskundig landgenoot, BELZER, hoewel ik weet hoe heilig de huisjes zijn die ik betreed: de omslachtige, dure en vermoedelijk zinloze uitwisseling van nieren met het buitenland zoveel mogelijk beperken en de aandacht meer richten op de behoefte in eigen land; ons land opsplitsen in drie of vier regionen, elk met een eigen transplantatiecentrum dat over een preservatie-apparaat beschikt en over een „kidney-procurement team” dat in de gehele regio beschikbare nieren kan halen; de mogelijkheid tot het transplanteren van iedere beschikbare nier vergroten, door de strikte isolatie van de transplantatie-patiënten op te heffen, zodat bij de verpleging minder personeel nodig is. De goed functionerende centra in de V.S. werken volgens deze principes.

Arnhem, november 1971

M. N. VAN DER HEIJDE

INGEZONDEN

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

Xifodynie

Als aanvulling op de publikatie van R. WELLER (1972) wilde ik in het kort een patiënt beschrijven, toentertijd 41 jaar oud, die sinds ongeveer 3 jaar klachten had van pijn in de streek van de processus xyphoideus.

Het betrof hier een nerveuze, gespannen man, met veel verzuim wegens arthrosis cervicalis, die gedurende de afgelopen 3 jaren voortdurend last had van genoemde pijnen. Deze werden als psychogeen geïdentificeerd, zoals wel voorkomt indien men van medische zijde geen raad weet met de verschijnselen.

Patiënt vertoonde duidelijke drukpijn ter plaatse en gaf bij actief opkomen uit rugligging pijn aan in de streek van de processus xyphoideus. Deze stak nogal ver naar ventraal uit en voelde vergroot aan.

Op röntgenfoto's bleek geheel onderaan in de processus xyphoideus een uitsparing te bestaan. Deze afwijking gaf aanleiding tot het wegnemen hiervan, waarbij een hypermobiliteit t.o.v. het sternum opviel.

Bij pathologisch-anatomisch onderzoek bleek actieve botvorming te bestaan en een grote vaatrijkdom. Deze afwijking kon niet als tumor geïdentificeerd worden.

De patiënt heeft sindsdien (juni 1970) geen klachten meer gehad.

Bij navraag bleek, dat patiënt geen trauma had doorgemaakt dat de klachten zou kunnen verklaren.

Literatuur: WELLER, R. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 77.

Enschede, januari 1972

E. A. PENRHYN LOWE