

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

Maligne tumoren van de bovenkaak

De heer J. A. M. VAN DRUTEN, statisticus, wees ons op het feit dat buiten zijn verantwoordelijkheid enige onjuistheden zijn geslopen in de weergave van de gegevens en de statistische bewerkingen zoals vermeld in ons artikel (1972). Naar zijn mening tasten deze onjuistheden niet de wezenlijke strekking van het artikel aan, zoals deze is geformuleerd in de samenvatting. Hierbij moet worden opgemerkt dat voor de in de samenvatting vermelde eindconclusie niet gearchtund is op grond van de statistische analyse. Geïnteresseerden kunnen een overzicht van de voornaamste rectificaties aanvragen bij J. A. M. VAN DRUTEN, U-R-C, Driehuizerweg 200, Nijmegen.

Literatuur: BESLING, W. F. J., W. TH. EVERS en P. VAN DEN BROEK (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 15.

Nijmegen, april 1972

W. F. J. BESLING

„Wie verre reizen doet, kan vreemd verhalen”

Bij het feuilleton van Dr. M. N. VAN DER HEYDE (1972) zouden wij gaarne enkele kanttekeningen willen plaatsen.

In het bijzonder gecompliceerde en moeilijke terrein van de orgaantransplantatie zijn wij erkentelijk voor iedere kritische opmerking, zeker indien deze komt van iemand die zich in deze problematiek heeft ingewerkt en die juist in de gelegenheid is geweest een aantal (chirurgische) centra in de Verenigde Staten te bezoeken waar men zich ook met deze materie bezig houdt. Niettemin menen wij, dat enkele van de conclusies inzake de niertransplantatie, die collega VAN DER HEYDE naar aanleiding van zijn reis trekt, aanvechtbaar zijn.

1. De opmerking, dat het donorprobleem in de Verenigde Staten beter wordt aangepakt dan in Nederland, en dat er dialyseplaatsen vrij zijn, betreft lokale situaties en onderstreept slechts het gebrek aan landelijke coördinatie. Het aantal patiënten in de Verenigde Staten dat in aanmerking komt voor nierfunctie vervangende behandeling, bedraagt ongeveer 7000 per jaar (totale bevolking 200 miljoen, behoefte aan behandeling 30-40 patiënten per jaar per miljoen inwoners). Het totale aantal dialyseplaatsen in de Verenigde Staten is ongeveer 4000. Dit aantal neemt slechts langzaam toe. Het merendeel van deze plaatsen is nodig voor tijdelijke dialyse als voorbereiding voor niertransplantatie. De mogelijkheden tot het opvangen van nieuwe patiënten is dus vooral afhankelijk van de transplantatiefrequentie. Jaarlijks worden er in de Verenigde Staten bij ongeveer 1000 patiënten niertransplantatie verricht. Uit deze getallen volgt derhalve, dat er landelijk gezien in de Verenigde Staten per jaar ongeveer 6000 patiënten met een terminale nierinsufficiëntie niet aan behandeling toekomen. Het is interessant te vermelden, dat omgerekend per miljoen inwoners zowel de dialysecapaciteit als het jaarlijkse aantal niertransplantaties in Nederland groter is dan in de Verenigde Staten.

2. De vraag of patiënten na transplantatie in omgekeerde isolatie moeten worden verpleegd, is moeilijk te beantwoorden. Het staat vast, dat exogene infecties bij goede isolatie minder frequent voorkomen. Endogene infecties worden hierdoor waarschijnlijk niet voorkomen, tenzij men tevens andere maatregelen treft, zoals sterilisatie van het darmkanaal. Wij hebben de indruk, dat in de reeksen van waar-

nemingen in de Verenigde Staten, waar geen isolatie wordt toegepast, patiënten veelvuldiger aan infecties overlijden dan in Nederland, waar omgekeerde isolatie wel wordt toegepast. Het is echter niet mogelijk hierover exacte getallen te geven. Wel kunnen onze eigen gegevens worden vergeleken met die van het negende rapport van de Human Renal Transplant Registry (1972). Van een totaal van 97 te Leiden tussen 1966 en 1972 verrichte transplantaties werd het overlijden van de patiënt in 5 gevallen (5%) en het falen van het transplantaat in 2 gevallen (2%) door een infectieus proces veroorzaakt. De overeenkomstige uit het rapport te berekenen getallen betreffende 5952 tussen 1953 en 1970 over de gehele wereld verrichte transplantaties zijn respectievelijk 15 en 6%.

3. Wij kunnen het er mee eens zijn, dat de verwachting, dat de prognose spectaculair zou verbeteren dankzij het histocompatibiliteitsonderzoek, nog niet is bewaarheid. Beantwoording van de vraag naar de waarde van dit onderzoek wordt bemoeilijkt door het grote aantal factoren waardoor het al dan niet slagen van een niertransplantatie mede wordt bepaald. Een organisatie zoals Eurotransplant heeft dan ook niet alleen waarde voor het verschaffen van prospectieve informatie ten dienste van de kliniek, maar ook voor de bestudering van bovengenoemde vraag. Voordat men kan zeggen dat het histocompatibiliteitsonderzoek geen nut heeft, is het bijvoorbeeld noodzakelijk het functionele resultaat van transplantatie van een groep nieren, waarvan de weefselgroepen van donor en ontvanger identiek zijn, te vergelijken met dat van een groep minder compatibele organen. Dit is nog niet gebeurd. Alhoewel in principe ongeveer 20% van de patiënten zo'n identieke „match” zou kunnen krijgen, is door vele, vooral logistieke, redenen het aantal van deze transplantaties nog steeds niet groot genoeg voor statistische bewerking. Opgemerkt moet verder worden, dat onlangs enkele studies zijn gepubliceerd, waarbij een positieve correlatie werd gevonden tussen de mate van histocompatibiliteit en het functionele resultaat van de niertransplantatie.

Wij menen dus dat het ten enenmale onjuist is om — zoals blijktbaar op bepaalde plaatsen in de Verenigde Staten gebeurt — bij de transplantatie van kadavernieren de resultaten van dit onderzoek te negeren.

4. Wij zijn het ermee eens, dat er nog geen vooruitgang is geboekt in het streven naar de orgaanconservering op langere termijn, die bijvoorbeeld het instellen van zogenaamde nierbanken mogelijk zou maken. Essentieel voor het wel slagen van de niertransplantatiegeneeskunde is de oplossing van de hieraan verbonden problemen echter niet. Conservering tot 50 uur is thans zonder bezwaar mogelijk en wordt ook in vele Europese centra toegepast. Deze tijdsperiode is met een organisatie zoals Eurotransplant meer dan voldoende om de problemen van selectie, communicatie en orgaantransport op te lossen, en maakt het bovendien de nefroloog mogelijk de ontvanger adequaat op de transplantatie voor te bereiden, en stelt de chirurg in staat de operatie op een hem passend tijdstip te laten plaatsvinden.

5. De indruk van collega VAN DER HEYDE, dat het enthousiasme voor de research op het gebied van transplantatie sterk is afgenomen, is waarschijnlijk juist voor de centra die door hem zijn bezocht. Deze indruk valt echter niet te rijmen met het steeds groeiend aantal publikaties uit de Verenigde Staten, in het bijzonder over de basale aspecten van de transplantatiegeneeskunde, zoals bijvoorbeeld zijn te

vinden in het verslag van het in 1970 te Den Haag gehouden transplantatiecongres (1971).

6. In de laatste alinea van het feuilleton wordt onder andere voorgesteld, ons land op te splitsen in drie of vier regionen, ieder met een eigen transplantatiecentrum, dat over een preservatie-apparaat beschikt, en voorts de uitwisseling van nieren met het buitenland te beperken.

Het moge als bekend worden verondersteld, dat in de nabije toekomst niertransplantaties in ons land in een achttal nauw-samenwerkende transplantatiecentra zullen worden verricht. Het is ons, zelfs zolang het nog een geringer aantal centra betreft, het meest efficiënt gebleken, de organisatie en communicatie via één, reeds in deze materie gespecialiseerd, centraal orgaan te laten verlopen. Door deze samenwerking is voorts een goede verdeling van medische mankracht mogelijk.

Uit het onder punt (3) vermelde zal het duidelijk zijn, dat naar onze mening het contact met het buitenland dient te worden gehandhaafd. Juist door de intensieve samenwerking met de nabuurlanden zijn er in het verleden meer nieren voor Nederlandse patiënten ter beschikking gekomen dan wanneer dit contact er niet was geweest.

Met behulp van aangepaste preservatie-apparatuur zal het mogelijk worden, bij uitwisseling van nieren met het buitenland gebruik te maken van de normale lijndiensten. Het bedrag dat door Eurotransplant in rekening wordt gebracht, beloopt thans f 3000,— per patiënt. Uit dit bedrag worden behalve alle organisatie-, communicatie- en computerkosten ook de onkosten van dertig typeringslaboratoria in vijf landen waar donoren worden aangemeld en getypeerd, vergoed. Dit bedrag is minder dan 10% van de totale kosten van een niertransplantatie.

Samenvattend menen wij, dat de huidige ontwikkeling in ons land de beste voorwaarden schept tot het volledig gebruiken van de in dit deel van Europa beschikbare mogelijkheden.

7. Wij zijn het met collega VAN DER HEYDE eens, dat vele zaken betreffende de orgaantransplantatie nog niet, of onvolledig, worden begrepen. Dit neemt niet weg, dat de functionele resultaten van de niertransplantaties, verricht in Nederlandse centra, en ook binnen Eurotransplant als geheel, beter zijn dan die welke elders werden verricht. Waarschijnlijk is dit verschil niet alleen te danken aan het toepassen van omgekeerde isolatie of van het prospectieve histocompatibiliteitsonderzoek. Maar aan de andere kant vormen de verkregen resultaten zeker ook geen aansporing de tot nu gevolgde procedure te wijzigen. „The proof of the pudding is in the eating.”

Literatuur: HEYDE, M. N. VAN DER (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 356. — HINTZEN, A. H. J. (1971) *Niertransplantatie*. Proefschrift Leiden. — HORS, J., N. FEINGOLD e.a. (1971) *Lancet* I, 609. — JEANNET, M., A. DE WECK e.a. (1971) *Transplant. Proc.* 3, 1015. — KISSMEYER-NIELSEN, F. e.a. (1971) *Transplant. Proc.* 3, 1019. — MICKEY, M., M. KREISLER e.a. (1971) *Tissue Antigens* 1, 8. — MORRIS, P. J. (1971) *Transplant. Proc.* 3, 1030. — The ninth Report of the Human Renal Transplant Registry (1972) *J. Amer. med. Ass.* 220, 253. — Proceedings of the third International Congress of the Transplantation Society (1971) *Transplant. Proc.* 3, 1. — ROOD, J. J. VAN (1971) *Transplant. Proc.* 3, 1051.

Leiden, mei 1972

J. DE GRAEFF
J. J. VAN ROOD
H. M. A. SCHIPPERS
A. STRUYVENBERG
J. L. TERPSTRA

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 29, 1972

Wanneer men een kater heeft, is iedere hartversterking welkom. Toen ik dan ook enige maanden geleden in mijn dagblad las dat in Leiden mijn pessimisme ten aanzien van de evolutie bij de orgaantransplantatie niet werd gedeeld, deed mij dit goed en ik heb de nu verschenen commentaren met spanning afgewacht. Helaas echter heeft het lezen ervan mij niet het optimisme dat ik vroeger ten aanzien van deze materie had, teruggegeven.

Dat er in de Verenigde Staten geen landelijke coördinatie is en dat daar over het geheel genomen te weinig niertransplantaties worden gedaan is een probleem van dat land. Voor ons bestaat het probleem dat er in ons land in zes jaar 200 niertransplantaties zijn uitgevoerd, terwijl het er (ik citeer de oratie van TERPSTRA) 2400 hadden moeten zijn. Er zijn centra in de V.S., met een regio even groot als Nederland, waar wel in de bestaande behoefte kan worden voorzien: het is dus mogelijk. Daar wij weten, ik citeer wederom TERPSTRA, dat „het aantal donoren dat daarvoor volgens onze statistieken in aanmerking komt groot genoeg is”, moet er iets met onze aanpak niet in orde zijn. Het feit dat wij blijkbaar meer nieren in- dan uitvoeren moge voor sommigen een bron van tevredenheid zijn, voor mij is het een aanwijzing dat wij de zaak in eigen land niet goed aanpakken.

Het is mij nog nimmer overkomen dat de familie van een plotseling overleden patiënt vraagt of deze donor zou kunnen zijn voor orgaantransplantatie. Dit hangt samen met het feit dat de belangstelling van onze pers voor orgaantransplantaties sterk is afgenomen, terwijl de Nederlandse medicus de publiciteit schuwt. Een tweede gevolg hiervan is, dat het benaderen van de familie van een potentiële donor vaak ondoenlijk is. TERPSTRA zegt in zijn oratie dat hij het de taak acht van de Nederlandse medicus zich hiervoor in te zetten. Akkoord, maar dan dient deze medicus er ook zeker van te kunnen zijn dat de beschikbaar gestelde nier getransplanteerd wordt en wel bij voorkeur op een plaats die hem, zijn medewerkers en eventueel de familie van de donor aanspreekt. Dit moge kortzichtig klinken, of on-Europees, maar het is nu eenmaal zo dat langdurig telefoneren met anonieme Oberärzte of wantrouwige Belgen frustraties wekt; het voorrijden van een enthousiast transplantatie-team, met Belzer-toestel, stimuleert.

Mijn bezwaar tegen uitwisseling van organen met het buitenland is voornamelijk in het bovenstaande gelegen. Een in het kader van Eurotransplant uitgevoerd prospectief onderzoek zou belangrijke informatie voor de kliniek kunnen verschaffen. Indien deze verwachting ten slotte bewaarheid zou worden, is het inderdaad onverantwoord de genoemde dertig typeringslaboratoria op nonactief te stellen. Niettemin moet ook bij deze medische behandeling de patiënt van vandaag centraal staan.

Voor deze patiënt is het hoopgevend dat wij in de nabije toekomst in staat zullen zijn, acht centra te bemannen met transplantatie-deskundigen. De vraag is echter over hoeveel bedden zij zullen kunnen beschikken. Isolatie-afdelingen vergen een zware verpleegkundige bezetting. Dit zal ieder centrum beperkingen opleggen. Exogene infecties vormen in de centra waar geen omgekeerde isolatie wordt toegepast, geen probleem. Er aan vasthouden op grond van het feit dat de Leidse resultaten uitzonderlijk goed zijn, doet denken aan bijgeloof.

Tot slot een aantal korte opmerkingen. Het feit dat er in 1970 op een congres belangwekkende mededelingen zijn gedaan over in 1969 uitgevoerd onderzoek op transplantatiegebied kan moeilijk als argument worden gebruikt tegen de uitspraak dat er in 1971 weinig belangrijks is geproduceerd. Wel van belang is, dat op het Amerikaanse chirurgencongres in 1971 de Forum Session over transplantatie, waar in de

vooraangaande jaren al het grote nieuws op dit gebied gepresenteerd werd, drie kwartier voor de vastgestelde tijd werd afgesloten, omdat er geen van de gehouden voordrachten belangwekkend genoeg was om over te discussiëren.

Toen enige jaren geleden de Belzer-conserveringsapparatuur klinisch toepasbaar bleek te zijn, was dit een belangrijke vooruitgang. Ik zal de laatste zijn om dit ter discussie te stellen. Het zou echter kortzichtig zijn hiermee tevreden te zijn. Zelfs voor de nier zou de mogelijkheid tot langere preservatie van belang kunnen zijn voor het uitvoeren van histocompatibiliteitsonderzoek. Veel belangrijker echter voor die organen, die niet tijdelijk door procedures zoals de nierdialyse te vervangen zijn. Een patiënt met een acute levernecrose kan alleen dan door de kritieke fase worden geholpen, wanneer er voor transplantatie uit een „bank” een orgaan beschikbaar kan worden gesteld.

Ik blijf dan ook bij mijn standpunt dat intensief onderzoek op het terrein van de orgaantransplantatie in hoge mate urgent is en dat wij hier niet zoals vroeger te hoge verwachtingen mogen hebben van dat wat uit de V.S. naar ons zal overwaaien. Elke beperking van de mogelijkheden, in ons land op dit gebied onderzoek te verrichten, zal dan ook mede resulteren in het bestendigen van de nu bestaande situatie die ik onbevredigend acht.

Arnhem, 20 juni 1972

M. N. VAN DER HEYDE

Het Meckel-divertikel en ingeslikte voorwerpen

Het artikel van WYMENGA (1972) waarvan ik met belangstelling kennis heb genomen, geeft mij aanleiding tot enkele toevoegingen.

Een van de gedetineerden waarvan ik indertijd melding maakte (DRIJVERS 1969) slikte in juli 1957 een lepelsteel in welke operatief uit de maag moest worden verwijderd. Een maand later slikte hij enkele scheermesjes en een stuk van het lemmet van een tafelmess in. De scheermesjes kwamen spontaan te voorschijn maar het stuk lemmet veroorzaakte buikklachten, drukpijn onder de navel en lichte temperatuurverhoging, terwijl op herhaalde röntgenfoto's het corpus alienum zich nauwelijks verplaatste. Na enkele weken werd patiënt geopereerd, waarbij een Meckel-divertikel gevonden werd waar doorheen het corpus alienum was geperforeerd. Het geheel was min of meer afgedekt met omentum. Het Meckel-divertikel werd met het corpus alienum verwijderd. Post-operatief waren er geen bijzonderheden.

Verder werd zeer onlangs door mij een jongen van 11 jaar geopereerd wegens ileusverschijnselen. Bij operatie bleek een stop van ongeveer 5 cm lengte aanwezig welke was vastgelopen in een Meckel-divertikel. Deze prop bestond uit plantaardig vast-vezelig materiaal en na uitdiepen van de anamnese en onderzoek van het corpus alienum bleek dit te bestaan uit zoethout waarvan patiëntje enkele dagen tevoren een grote staaf had verorberd.

Schrijver tekent hierbij aan dat EERLAND (1961) vermeldt dat 93% van de ingeslikte corpora aliena spontaan tevoorschijn komen. SIDONS (1939) gaf aan 85% en PERELMAN (1962) aan 80-90% de kans zonder operatie te verschijnen. Mijn gegevens berusten op het ogenblik op 2169 corpora aliena waarvan er 1280 per via naturalis te voorschijn kwamen en 889 per operatie moesten worden verwijderd zodat minder dan 60% spontaan te voorschijn kwamen. Het betreft hier echter wel een zeer bepaalde groep van uitsluitend mannelijke gedetineerden tussen 17 en 54 jaar. Dit moet echter ook gezegd worden van EERLAND die schreef over zuigelingen en kleine kinderen, evenals SIDONS, wiens patiënten ook vooral kinderen waren.

1246

Geheel instemmen kan ik met de schrijver waar hij vermeldt dat men zich ten aanzien van de vraag wanneer men operatief moet ingrijpen „vooral moet laten leiden door de lokale verschijnselen, zoals drukpijn op steeds dezelfde plaats en het optreden van lokale peritoneale prikkelingsverschijnselen”, meer dan door de algemene gedragslijn welke EERLAND geeft: „Bij een scherp voorwerp dat drie tot vier dagen op dezelfde plaats blijft steken, is operatieve verwijdering beter.”

Onze ervaring leert dat ook scherpe voorwerpen lange tijd (soms maanden) op dezelfde plaats blijven zonder gevolgen. Ook hier was echter EERLANDS conclusie gebaseerd op zuigelingen en kleine kinderen en de onze op geheel andere gegevens. Tenslotte zij nog vermeld dat bij onze gedetineerden de gemiddelde passageduur geen zes doch tien dagen bedroeg.

Literatuur: DRIJVERS, J. A. M. (1969) Corpora aliena in de tractus digestivus bij gedetineerden. *Ned. T. Geneesk.* 113, 1824. — EERLAND, L. D. (1961) Acute chirurgie bij zuigelingen en kleine kinderen. *Ned. T. Geneesk.* 105, 1021. — PERELMAN, H. (1962) Toothpick perforation of the gastrointestinal tract. *J. abdom. Surg.* 4, 51. — SIDONS, A. H. M. (1939) Swallowed foreign bodies. *Proc. Roy. Soc. Med.* 32, 885. — WYMENGA, J. H. (1972) Het Meckels divertikel en ingeslikte voorwerpen. *Ned. T. Geneesk.* 116, 631.

's-Hertogenbosch, mei 1972

J. A. M. DRIJVERS

Sikkelcelziekte en vliegzeizen

Het artikel van GREEN, HUNTSMAN en SERJEANT, dat Prof. ZUIDEMA in dit Tijdschrift (1972) refereerde, heeft nog een nasleep gehad. In brieven aan de *Times* en de *British medical Journal* hebben Ghanese onderzoekers (onder wie de bekende Dr. KONOTEY-AHULU) en ook Prof. LEHMANN (Cambridge) hun bezwaren naar voren gebracht. Dat zijn voornamelijk de volgende:

1. Het is onjuist de indruk te wekken dat sikkelcelheterozygotie alleen bij 'Negroes' (de uitdrukking is van GREEN c.s.) voorkomt. Ook is het vliegen met vliegtuigen zonder drukcabine niet tot Afrika beperkt, wat eveneens in het originele artikel gesuggereerd werd.

2. Het is hoogst twijfelachtig of de patiënt die GREEN e.a. als heterozygoot beschreven, er ook één was. Dr. KONOTEY-AHULU wijst erop, dat het heel goed mogelijk is, dat hier sprake geweest is van HbSC-ziekte. GREEN e.a. hebben in brieven aan de *Times* en de *British medical Journal* nu ook toegegeven dat hun publikatie van dit geval onjuist was.

De beschreven heterozygote patiënte was een Ghanese verpleegster. Dit heeft ADDAE aanleiding gegeven in een brief aan de redactie van de *Ghana medical Journal* de 20% heterozygoten voor HbS in de Ghanese gezondheidsdienst te verzekeren dat 'all is well'. Ze kunnen rustig van het binnenlandse luchtnet (dat met vliegtuigen zonder drukcabines verzorgd wordt) gebruik maken.

Literatuur: ADDAE, R. O. (1972) Alleged intestinal infarction in sickle cell trait during flight. *Ghana med. J.* 11, 93. — KONOTEY-AHULU, F. I. D. (1972) An international sickle-cell crisis. *Ghana med. J.* 11, 4. — ZUIDEMA, P. J. (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 941.

Tübingen, 30 mei 1972

A. H. VAN SOEST

De door GREEN e.a. als heterozygoot beschreven Ghanese verpleegster, die tijdens een vlucht van Kumasi naar Accra