

INGEZONDEN

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

Herkenning en behandeling van portale hypertensie

Met veel interesse las ik het Caput Selectum van collega BRANDT en VAN DER HEYDE (1974). Ik zou echter een vraagteken willen plaatsen bij de opmerking op bl. 965 waar nl. gesteld wordt dat de chirurgische behandeling van bloedende oesophagusvarices een vorm van welvaartschirurgie is en verder dat in landen met beperkte middelen men de patiënt met bloedende varices zonder intensieve behandeling laat overlijden.

Daarna bespreken de schrijvers de shunting en non-shunting operaties, waarbij in de laatste groep een m.i. zeer belangrijk operatie-type niet wordt vermeld, nl. de portale-inflow-restrictie zoals die het eerst werd beschreven door HASSAB (1967, 1968) uit Alexandrië. Hierbij worden per laparotomie de Aa. lienalis en gastrica sinistra geligeerd en wordt verder subserieus de veneuze plexus omstoken op de overgang oesophagus-maag. In tegenstelling tot alle andere non-shunting operaties wordt hierbij het darmlumen *niet* geopend, wat vele voordelen heeft bij deze uitgebloede patiënten met cirrose.

In Malawi waar ik nu al geruime tijd werkzaam ben, komen evenals in Egypte veel patiënten voor met bloedende oesophagusvarices en gedurende de eerste jaren in dit land bracht ik de bloeding tot staan met catgut-overhechtingen van de varices via een grote gastrotomie; dit had het voordeel dat ik onmiddellijk kon differentiëren tussen een bloedend ulcus en bloedende varices. (Tegenwoordig kunnen we gewoonlijk eerst röntgenfoto's van oesophagus en maag maken.) Deze methode voldeed goed, behalve één keer toen er zeer uitgebreide varices van het cardia-gebied van de maag waren en de bloeding met de doorstekingen niet tot staan gebracht kon worden. Door een gelukkig toeval had ik juist het artikel van HASSAB gelezen en gedurende deze operatie, toen de maag al open was, kon ik er mij van overtuigen dat het ligeren van de A. lienalis en de A. gastrica sin. de bloeding tot staan bracht. Daarna heb ik uitsluitend deze methode gebruikt en met goed resultaat.

Van een jaarserie van 15 patiënten die voor bloedende oesophagusvarices werden geopereerd, werden er twee weer met een nieuwe bloeding opgenomen: één in een beginnend coma hepaticum en de ander na gebruik van aspirine tijdens een malaria-aanval. Bij beide patiënten werd de bloeding met vers bloed, vitamine en chloroquine gemakkelijk tot staan gebracht.

Bij al de patiënten met afwijkende levers, die voor operatie komen, nemen we als routine een leverbiopt; hieruit blijkt dat ongeveer de helft een postnecrotische cirrose heeft en de andere helft een periportale fibrose, meestal door *Schistosoma mansoni* veroorzaakt.

Verscheidene patiënten zijn nu na deze operatie jarenlang gevolgd; hun varices verdwijnen niet, maar dat is ook wel begrijpelijk aangezien deze non-shunting operaties alleen bedoeld zijn om de bloeding te stoppen en het lichaam daardoor tijd te geven meer shunts tussen de portale en de algemene circulatie te ontwikkelen, waardoor de portale druk omlaag kan gaan. Dit is ook de reden dat de milt meestal *niet* verwijderd wordt aangezien de beste collateralen zich tussen milt en diafragma ontwikkelen.

Deze aanvulling is vooral bedoeld om nog eens de aandacht te vestigen op de elegante operatie zoals ze door HASSAB werd ontwikkeld. Ze kan onder alle omstandigheden toegepast worden, ook als de conditie van de patiënt slecht is en in landen waar geen welvaartschirurgie bedreven wordt.

Literatuur: BRANDT, K.-H. en M. N. VAN DER HEYDE (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 960. — HASSAB, M. A. (1967) *Surgery* 61, 169; (1968) *Surgery* 63, 731.

Blantyre (Malawi), oktober 1974

J. A. A. BORGSTEIN

De mededeling van collega BORGSTEIN over zijn ervaringen met de door HASSAB ontworpen „decongestie”-operatie hebben wij met veel belangstelling gelezen. Wij hebben geen persoonlijke ervaring met deze ingreep, doch het is ons bekend dat met deze en soortgelijke operaties in het bijzonder in landen waar de portale hypertensie veroorzaakt wordt door schistosomiasis goede resultaten worden bereikt. Ons bezwaar tegen de operatie is, dat de portale hypertensie blijft bestaan; dat het lichaam collateralen maakt om hieraan tegemoet te komen is zeer wel mogelijk, maar het is de vraag of hierdoor de kans op bloeding uit de nog bestaande varices minder wordt. De resultaten van collega BORGSTEIN en van HASSAB zijn echter zo gunstig dat zij voor zichzelf spreken.

Wij kunnen niet nalaten naar aanleiding van hetgeen collega BORGSTEIN schrijft nog één opmerking te maken. Het is niet juist te veronderstellen dat het aanleggen van een porta-cavale shunt een voor de patiënt bijzonder belastende ingreep is: er wordt in een klein gebied weinig traumatiserend gewerkt en het is opvallend hoe snel de patiënten die gunstig reageren, zich herstellen. De problematiek ligt bij het *soort* patiënten die voor deze operaties en dus ook voor alle non-shunting operaties in aanmerking komen. Sprekende over welvaartschirurgie doelden wij dan ook vooral op de vraag of het zinvol is patiënten in een terminale fase van een leverziekte te opereren wanneer zij dreigen te overlijden aan één van de symptomen van deze fase. Ook in een minder welvarende omgeving dan de onze zouden wij geen probleem maken bij een patiënt met een goede levensverwachting.

Arnhem, oktober 1974

M. N. VAN DER HEYDE
K.-H. BRANDT

Bladvulling

Alleen artsen kunnen tandarts worden

„Dat iemand zich oog-arts, vrouwen-arts enz. noemt, is zonder bezwaar voor ieder die, de wettelijke bevoegdheid van arts bezittende, aan zijn praktijk een speciale richting geeft. Maar dat iemand, die alleen de bevoegdheid van tandmeester heeft, zich tandarts noemt, gaat de grenzen te buiten en leidt ongetwijfeld, bij de bekende gevoeligheid van het publiek voor titels, tot benadeeling van hem, die deze grenzen wel in acht neemt.”

(Prof. J. W. Gunning (1897) Ingezonden. *Ned. T. Geneesk.* II, 632.)