

of aprotinine B en wel 200.000 E ineens i.v. en daarna 800.000 E per dag in doorlopende infusies gedurende 5 dagen. De totale dosis aprotinine bedroeg derhalve 4.200.000 E; dit is een hoge dosering.

Achteraf beoordeelde men de ernst van het beloop op grond van overleving, het ontstaan van complicaties, het al of niet vóórkomen van methemoglobinemie of dalingen in het plasma-calcium en de duur van paralytische ileus. Duur en hevigheid van de pijn werden te subjectief geacht om ze bij het oordeel te betrekken. Ook de amylase-spiegels werden buiten beschouwing gelaten, omdat deze wel belangrijk zijn voor de diagnostiek, maar geen relatie tonen met de ernst van het beloop. Aldus kwam men tot de volgende indeling: licht, matig, ernstig en letaal beloop.

Uiteindelijk betrof het onderzoek 105 patiënten, van wie 53 aprotinine A kregen en 52 aprotinine B. Beide groepen waren vergelijkbaar wat betreft leeftijd en initiële ernst van de ziekte. Evenmin verschilde de tijd tussen het stellen van de diagnose en het begin van de behandeling (ten hoogste 24 uur). De sterfte in groep A — achteraf bleek A de echte aprotinine te zijn — bedroeg 7,5% (4 van de 53); in groep B was de sterfte 25% (13 van de 52) wat in Engeland ongeveer de normale letaliteit is van acute pancreatitis. De statistische kans dat dit verschil op toeval berustte, was kleiner dan 1 op 20. De sterfte die met de leeftijd, vooral boven het 50e jaar,

sterk stijgt, deed dit inderdaad in groep B, maar niet in groep A. Ongewenste bijwerkingen van de aprotininetoediening werden niet gezien. Over de verschillen in het beloop, verband houdend met relatief vroeg of relatief laat begin van de aprotininetoediening, waren conclusies onmogelijk. (Dit is vooral jammer omdat een van de redenen voor het in onbruik raken van aprotinine immers was het vermeende belang van een zeer kort tijdsinterval. Ref.) Behalve een verminderde letaliteit, waardoor het ziektebeloop een ander aanzien kreeg, zag men in groep A ook vaker een licht of gematigd beloop dan in groep B.

De schrijvers concluderen dat aprotinine nog steeds een plaats verdient bij de behandeling van acute pancreatitis daar het zowel sterfte als ziektebeloop verbetert, in het bijzonder bij ouderen. Een leading article (1974) van de *British Medical Journal* zet aan deze mening nog kracht bij. De schrijver van dit artikel stelt, zij het tussen de regels, dat achterwege laten van de aprotinine-behandeling een tekortkoming is.

Literatuur: Leading article (1974) *Brit. med. J. III*, 133. — TRAPNELL, J. E., C. C. RIGBY, C. H. TALBOT en E. H. L. DUNCAN (1974) *Brit. J. Surg.* 61, 177.

S. C. C. REINDERS FOLMER

INGEZONDEN

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

Osteomyelitis

Met belangstelling las ik het fraaie artikel van Prof. KUIJER (1974) over osteomyelitis. Gaarne zou ik nog enige kanttekeningen willen maken.

Bij de behandeling van de acute endogene osteomyelitis moet behalve aan rust, antibiotica en zonodig drainage grote aandacht worden besteed aan de algemene conditie van de patiënt. Men moet zorgen voor een sufficiënte hydratatie en voor regulatie van de serum-elektrolyten. De destructie van weefsel en de hemolytische activiteit van de meeste pathogene micro-organismen resulteren in gestoord metabolisme van de proteïnen en in anemie.

In het artikel komt het begrip „saucerization” nergens voor. Saucerization komt van het Engelse „saucer”, een soort schaaltje. Bij saucerisatie probeert men de osteomyelitis-haard breed open te maken zodat na verwijderen van necrotisch weefsel en sekwesters een „schaalvormig defect” in het bot ontstaat. En verder streeft men bij saucerisatie niet alleen naar „openbeitelen, sekwesters verwijderen en schoonmaken”, maar ook naar radicale verwijdering van alle botweefsels met insufficiëntie circulatie.

Meestal wordt de saucerisatie gecombineerd met spoel-drainage (met een adequaat antibioticum in hoge concentratie) en met een plastiek van vitaal spierweefsel, een vrij huidtransplantaat of autogene „bone-chips”. Zorgvuldige saucerisatie, in combinatie met één of meer van de bovengenoemde methoden, geeft een redelijk goede prognose quod sanationem van de chronische osteomyelitis. Al zijn er nog

veel problemen rond de chronische osteomyelitis, ik veroorloof mij toch een klein vraagteken te zetten achter „once osteomyelitis, always osteomyelitis”.

Literatuur: KUIJER, P. J. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 1925. — (1973) *Mercer's orthopaedic surgery*, bl. 494.

Almelo, december 1974

P. W. PAVLOV

Het woord „saucerisatie” is in de klinische les over osteomyelitis niet genoemd. Maar wel is saucerisatie toegepast. Getracht wordt het aangetaste bot zo radicaal mogelijk te verwijderen, maar dit is wegens de uitbreiding van het proces niet altijd te verwezenlijken. Ook wordt gespoeld met antibiotica en waar mogelijk wordt naar een vitale bedekking gestreefd. Ook dit is door lokalisatie, gecompliceerdheid van de procedure enz. niet altijd doenlijk. Langdurige remissies zijn te bereiken, duurzame genezing blijft zeldzaam.

De uitdrukking „once osteomyelitis, always osteomyelitis” stamt uit het vóór-antibiotische tijdperk. De laatste patiënt toont al aan, dat deze karakteristieke zegswijze niet meer helemaal opgaat.

Groningen, januari 1975

P. J. KUIJER