

INGEZONDEN

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

Trasylol bij de behandeling van acute pancreatitis

Het referaat „Trasylol bij de behandeling van acute pancreatitis” (1975) wekt de indruk dat achterwege laten van de behandeling met aprotinine (Trasylol) een tekortkoming is. De gerefereerde artikelen zijn een publikatie van TRAPNELL e.a. (1974) en een leading article (1974) van de *British medical Journal*. Bij de patiënten van TRAPNELL e.a. die met aprotinine werden behandeld, bedroeg de sterfte 7,5% en bij de controlegroep die niet met aprotinine werd behandeld 25%; volgens het referaat is dit ongeveer de normale letaliteit van acute pancreatitis in Engeland.

Ik meen dat in het referaat ook de brief van IMRIE en BLUMART (Glasgow) (1974) vermeld had moeten worden, waarin deze commentaar leveren op de hoge mortaliteit van 25% in de controlegroep van TRAPNELL. Het patiëntenbestand van IMRIE en BLUMART omvatte 90 patiënten die zonder aprotinine werden behandeld en bij wie de mortaliteit 11,1% was. Zij concluderen dat het nut van aprotinine nog bewezen moet worden ten opzichte van een controlegroep met een veel lagere mortaliteit dan 25%. Ook mij verwonderde deze 25%. Van 16 patiënten met acute pancreatitis, die in de laatste jaren in het Juliana Ziekenhuis te Zaandam zonder aprotinine werden behandeld, overleden er 2. Dit waren vrouwen van 78 en 75 jaar.

Literatuur: IMRIE, C. W. en L. H. BLUMGART (1974) Trasylol for pancreatitis. *Brit. med. J. III*, 626. — Leading article (1974) *Brit. med. J. III*, 133. — Referaat (1975) *Ned. T. Geneesk. 119*, 249. — TRAPNELL, J. E., C. C. RIGBY, C. H. TALBORT en E. H. L. DUNCAN (1974) *Brit. J. Surg. 61*, 177.

Zaandam, februari 1975

H. MUNTENDAM

Niet alleen TRAPNELL e.a. en de redactionele schrijver in de *British medical Journal* achten de sterfte van 25% bij acute pancreatitis in Engeland ongeveer normaal. Een recent Editorial in *The Lancet* (1975) stelt: „The mortality-rate for acute pancreatitis in Britain is usually around 20-25% but is lower in some centres.” Voor het laatste wordt verwezen naar dezelfde brief van IMRIE en BLUMGART (1974b) die collega MUNTENDAM op het oog heeft. Hierin noemen de schrijvers „a mortality-rate of 11.1% for 90 patients (out of a total 140) who met the criteria of a first attack of idiopathic pancreatitis or gall-stone associated acute pancreatitis”. Wat de sterfte was voor de hele groep van 140 en waarom deze niet wordt opgegeven, blijft een open vraag. De brief zinspeelt op een onderzoek „submitted for publication”. Zolang deze publikatie niet is verschenen, kan men alleen maar speculeren over het verschil in sterftcijfers. Verschillen in selectie en (of) diagnostische criteria? Leef-tijdsverschillen of uiteenlopende ernst van de pancreatitis? Verschillen in doelmatigheid van de conservatieve behandeling, die vele aspecten heeft en daardoor stellig niet altijd optimaal zal zijn?

In een eerder ingezonden stuk noemden IMRIE en BLUMGART (1974a) de ervaringen van TRAPNELL c.s. met aprotinine „extremely interesting”, o.i. terecht. Vandaar het referaat (1975). Uiteraard is hiermee omtrent de therapeutische

waarde van aprotinine de discussie niet gesloten, maar veeleer heropend. Intussen delen wij met collega MUNTENDAM de indruk dat met een zorgvuldige conservatieve behandeling van acute pancreatitis, ook zonder aprotinine, een lagere sterfte is te bereiken dan 20-25%.

Literatuur: Editorial (1975) Acute pancreatitis. *Lancet I*, 205. — IMRIE, C. W. en L. H. BLUMGART (1974a) Glucagon therapy in acute pancreatitis. *Brit. med. J. I*, 38; (1974b) Trasylol for pancreatitis. *Brit. med. J. III*, 626. — Referaat (1975) *Ned. T. Geneesk. 119*, 249.

Amsterdam, maart 1975

S. C. C. REINDERS FOLMER

Antefixatie van de uterus met behulp van laparoscopie

Naar aanleiding van het artikel van HOYNCK VAN PAPENDRECHT en CREMERS (1975) zou ik gaarne het volgende willen opmerken.

Over het zinvolle van antefixatie bij een in mobiele retroflexie gelegen uterus zal wel altijd discussie blijven bestaan. Ook wij menen dat er, zij het in uiterst zeldzame gevallen, wel eens een indicatie aanwezig kan zijn. De beschreven methode lijkt ons echter niet zonder risico. Er ontstaan na de ingreep namelijk vier strengen in de buikholte, welke als „darmvangers” kunnen fungeren. Hetzelfde euvel is inherent aan de operatie volgens Doléris-Schauta (SPECKEN 1955). Bij deze laatste methode kan men echter de ontstane openingen door vasthechten van de ligamenta rotunda tegen de voorste buikwand sluiten. Wil men toch een operatie voor een mobiele retroflexie verrichten, dan kan men beter de methode volgens Alexander-Adams toepassen. Ook hiermee behoeft men rechts en links slechts een kleine incisie in de lies te maken, terwijl, zonedig, tegelijkertijd de beide tubae ondoorgankelijk gemaakt kunnen worden. Het risico van een toekomstige strengileus is hierbij niet aanwezig.

Literatuur: HOYNCK VAN PAPENDRECHT, H. P. C. M. en H. P. CREMERS (1975) Antefixatie van de uterus met behulp van laparoscopie. *Ned. T. Geneesk. 119*, 301. — SPECKEN, J. L. M. H. (1955) Hernia interna incarcerata als complicatie bij operaties voor retroflexie. *Ned. T. Geneesk. 99*, 477.

Heerlen, februari 1975

TH. J. VAN SANTE

Nu eindelijk in de Nederlandse literatuur de laparoscopische antefixatio uteri wordt behandeld, wilde ik gaarne het volgende opmerken.

Hoe lezenswaardig het artikel van de collegae HOYNCK VAN PAPENDRECHT en CREMERS (1975) ook is en hoe fraai deze ingreep dan wel mag zijn (weinig weefseltrauma en pijn, behoud van darmperistaltiek, bijna geen littekens, korte operatie- en opnameduur), toch lijkt mij de kans op een iatrogenè ileus niet denkbeeldig. Immers, men bereikt een riskantere anatomische situatie dan na de operatie volgens Doléris. Er ontstaan nl. drie kunstmatige inwendige breuk-