

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, zonodig, 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-

poorten, waardoor interne incarceratie mogelijk wordt. Bij de operatie volgens Doléris was het een plicht deze poorten te sluiten, hetgeen bij de laparoscopische methode onmogelijk is.

Ook tractieklachten, zoals men na een operatie volgens Doléris wel eens zag, zijn te verwachten.

Wil men toch de „snijdende” operatie extraperitoneaal verrichten, dan zou misschien de combinatie van laparoscopie en de operatie volgens Alexander-Adams beter zijn, waardoor men niet meer zoals vroeger „in den blinde” de antefixatio uteri verricht. Het verblijf in het ziekenhuis hoeft dan ook niet langer dan 5 à 7 dagen te duren.

Literatuur: HOYNCK VAN PAPENDRECHT, H. P. C. M. en H. P. CREMERS, Antefixatie van de uterus met behulp van laparoscopie. *Ned. T. Geneesk.* 119, 301.

's-Hertogenbosch, februari 1975 W. D. VAN DER HOEK

De door ALEXANDER te Liverpool in 1881 en door ADAMS in 1882 te Glasgow als eerste uitgevoerde extraperitoneale antefixatie-operatie van de uterus had in die tijd van vóór de anti- en aseptis het belangrijke voordeel dat de buikholtte niet werd geopend waardoor gevaarlijke complicaties in de zin van peritonitis vrijwel niet voorkwamen.

In tegenstelling tot de intraperitoneale antefixatie-operaties waarbij interne breukpoorten ontstaan, is de mogelijkheid van darm-inklemming na een operatie volgens Alexander-Adams afwezig.

Behalve deze voordelen moeten als nadelen van de extraperitoneale antefixatio uteri worden genoemd dat (1) het een „blinde” methode is waarbij de situatie in de buikholtte niet kan worden beoordeeld, zodat ook adhaesies en eventuele andere afwijkingen en de mate van anteflexie niet kunnen worden beoordeeld; (2) de kans op recidief vooral na een graviditeit veel groter is dan bij de operatie volgens Doléris (en dus ook de laparoscopische antefixatie-operatie) waarbij het dikste en stevigste gedeelte van de ronde banden voor de antefixatie wordt gebruikt en bovendien de trekrichting naar voren aanmerkelijk gunstiger is; (3) het opzoeken van de ligamenten in het lieskanaal door anatomische variaties (bv. zeer dunne ligamenten) ook voor zeer ervarenen soms moeilijk kan zijn of in het geheel niet lukt zodat alsnog laparotomie moet worden verricht.

Het eerstgenoemde voordeel van de Alexander-Adams-operatie speelt thans vrijwel geen rol meer. Het eerstgenoemde nadeel kan worden opgeheven door toepassing van de laparoscopie tijdens de operatie zoals ook door VAN DER HOEK wordt betoogd.

De nadelen van grote recidief-kans en moeilijke operatietechniek dienen te worden afgewogen tegen de geringe kans op inklemming van de darm in één der drie breukpoorten welke ontstaan bij de laparoscopische antefixatie. Volgens NOVAK (1932) is deze inklemming vooral via de mediane

breukpoort (tussen corpus uteri, mediale deel der rotunda en voorste buikwand) te verwachten. Hechten van de ligamenta rotunda tegen de voorste buikwand (VAN SANTE) sluit deze breukpoort echter niet. Indien de ronde banden vrij ver naar lateraal worden gepakt en na het passeren van het peritoneum naar mediaal worden getrokken om na doorboren van de M. rectus abdominis aan de onderzijde van de fascie te worden gehecht, is de kans dat een inwendige hernia ontstaat vrijwel virtueel (CROSSEN en CROSSEN 1948). Bij deze modificatie zijn de laterale breukpoorten vrijwel afwezig en is de toegang tot de excavatio vesico-uterina zeer ruim.

Vrijwel alle auteurs zijn het er over eens dat de blinde antefixatie van de uterus volgens Alexander-Adams (VAN SANTE) geen plaats meer heeft in de gynaecologie (CROSSEN en CROSSEN 1948; TE LINDE 1953; OBER en MEINRENKEN 1964; KÄSER en IKLÉ 1965). Zelfs in het leerboek der operatieve gynaecologie van MARTIUS, dat tot voor kort vrijwel als éénling op de bres stond voor de handhaving van deze operatie, vinden wij in de laatste druk (HUSSLIN 1971) vermeld dat deze zonder laparoscopie niet mag worden uitgevoerd en zelfs in combinatie hiermede (VAN DER HOEK) vrijwel verlaten is. Tenslotte vermelden wij nog dat het sinds kort, dank zij de ontwikkeling van daartoe geëigend instrumentarium, mogelijk is per laparoscopus hechtingen te leggen (KAPANDJI 1970; COURTENAY CLARKE 1972).

Onzes inziens is met de huidige laparoscopische mogelijkheden het doek gevallen over een operatie die tot voor kort zijn verdiensten heeft gehad en wij willen het commentaar van VAN DER HOEK en VAN SANTE graag zien als een hommage aan onze Engelse vakbroeders die bijna een eeuw geleden deze operatie onwierpen. Voor ons is het echter een eerbetoon bij een afscheid.

Literatuur: COURTENAY CLARKE, H. (1972) Laparoscopy. New instruments for suturing and ligation. *Fertil. and Steril.* 23, 274. — CROSSEN, H. en R. CROSSEN (1948) *Operative gynecology*. 6e druk. Mosby, St. Louis. — HUSSLIN, H. en H. MARTIUS (1971) *Die gynäkologischen Operationen*. 9e druk. Thieme, Stuttgart. — KAPANDJI, M. (1970) L'hystéroligamentopexie laparoscopique des prolapsus du troisième degré. *Gynéc. et Obstét.* 69, 551. — KÄSER, O. en F. IKLÉ (1966) *Atlas der gynäkologischen Operationen*. 2e druk. Thieme, Stuttgart. — NOVAK, J. (1932) Zur Verhütung des Ileus nach der Dolerischen Antefixations Operation. *Zbl. Gynäk.* 56, 2938. — OBER, K. en H. MEINRENKEN (1964) *Gynäkologische Operationen*. Springer, Berlijn. — TE LINDE, R. (1953) *Operative gynecology*. 2e druk. Lippincott, Philadelphia. — SPECKEN, J. (1955) Hernia interna incarcerata als complicatie bij operaties voor retroflexie. *Ned. T. Geneesk.* 99, 477.

Rotterdam, maart 1975

H. P. C. M. HOYNCK VAN PAPENDRECHT

BERICHTEN

Buitenland

EUROPA

Vrije vestiging artsen. De Europese ministerraad heeft de basis gelegd voor een vrije uitwisseling van artsen binnen de Europese Economische Gemeenschap. Tijdens een vergade-

ring op 10 en 11 februari jl. te Brussel hechtte de Raad van de Europese Gemeenschap zijn goedkeuring aan een tweetal richtlijnen die de vestiging van vrije artsen uit landen van de EEG in het gehele gebied van de EEG over anderhalf jaar mogelijk moet maken. Alleen de Denen maakten voorbehoud. (*Med. Contact*, 7 maart bl. 284.)