

aortaal prepareren rondom de nierarterie. Atelectasen verdwenen gewoonlijk de 2e dag na flink hoesten en doorzuchten en vereisten een enkele maal intermitterende positieve drukbeademing. Pleura-exsudaat behoefde nimmer gepuncteerd te worden, een pneumothorax vereiste slechts eenmaal drainage. De enige ernstige longcomplicatie was een longembolus. Bij donors van boven de 45 jaar waren longcomplicaties veelvuldiger dan bij die onder de 45 jaar: 22 resp. 13%. Zeldzame andere verwikkelingen waren thrombophlebitis, psychische stress, koorts en dergelijke, te zamen ruim 4%.

Er deden zich 2 late postoperatieve complicaties voor: een glomerulonephritis 8 maanden na de nefrectomie en een hemolytisch-uremisch syndroom bij een 21-jarig meisje, dat een nier had afgestaan voor haar zusje, dat door dezelfde oorzaak beide nieren verloren had; in dit geval was een behandeling nodig met streptokinase en heparine, alsmede dialyse gedurende 2 maanden; haar nierfunctie bleef hierna licht gestoord. De gemiddelde duur van het ziekenhuisverblijf na

nefrectomie bedroeg 5,13 dagen (4-10). De gemiddelde levensverwachting lijkt na zo'n nefrectomie niet lager te worden.

Samenvattend werden dus slechts vier ernstige complicaties (1,4%) gezien bij 287 donors: de femoralistrombose vereiste operatief ingrijpen, de andere drie verwikkelingen waren levenbedreigend: longembolus, glomerulonephritis en hemolytisch-uremisch syndroom, maar of de laatste twee het gevolg waren van de nefrectomie is twijfelachtig. De schrijvers concluderen dan ook dat donor-nefrectomie betrekkelijk veilig is voor de gever en grote voordelen heeft voor de ontvanger.

Literatuur: SPANOS, P. K., R. L. SIMMONS, E. LAMPE, L. C. RATAZZI, C. M. KJELLSTRAND, F. C. GOETZ en J. S. NAJARIAN (1974) Complications of related kidney donation. *Surgery* 76, 741.

L. A. BOUVY

INGEZONDEN

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

Complicaties van laparoscopische ingrepen

Een gevoel van teleurstelling blijft bij ons achter, wanneer we het commentaar „Complicaties van laparoscopische ingrepen en hoe deze te voorkomen” (BAL 1975) hebben gelezen. Aan één van de complicaties, de verbranding, wordt ruime aandacht besteed, terwijl de andere complicaties slechts even genoemd worden of zelfs ongenoemd blijven.

Behalve de mechanische darmlaesies zijn beschreven blaaslaesies (GEORGY e.a. 1974), perforatie van de maag (EDGERTON 1973) en ureterlaesies (DUIGNAN e.a. 1972; SUTTON 1974).

De bloedingen, die bij de laparoscopische sterilisatie kunnen ontstaan, noemden wij reeds in onze publikatie (HOYNCK VAN PAPENDRECHT en CREMERS 1973); deze bloedingen werden voornamelijk beschreven bij de techniek van coagulatie en doorsnijden van de tubae. Het lijkt ons dan ook zinvol nogmaals te wijzen op de overbodigheid van dit doorsnijden. Uit verschillende publikaties blijkt, dat de effectiviteit van coagulatie alleen even groot, zo niet groter is.

De kleine bloedingen in het abdomen kunnen aanleiding geven tot ernstige salpingitis met zelfs tubo-ovarieel abces of Douglasabces (BRADA e.a. 1974; WRIGHT 1974). In de desbetreffende mededelingen wordt verband gelegd tussen de laparoscopische ingreep en een voorafgaande intra-uteriene ingreep (curettagage, verwijdering van een IUD). Dit komt geheel overeen met onze ervaringen. Na onze publikatie uit 1973 werden wij enkele malen geconfronteerd met een salpingitis na laparoscopische sterilisatie. Bij analyse van deze patiënten bleek er slechts één overeenkomst, de voorafgaande intra-uteriene ingreep. Sedertdien doen wij een noodzakelijke curettagage ná de laparoscopische sterilisatie en zien wij zelfs af van het inbrengen van een uterusmanipulator indien dit niet strikt nodig is. Als er een intra-uteriene ingreep of manipulatie nodig is, gebeurt deze altijd onder bescherming van antibiotica.

Als belangrijkste verbetering ter voorkoming van brandwonden en darmlaesies door coagulatie zien wij de biocoagulatie-tang (HIRSCH en ROOS 1974; RIOUX en CLOUTIER 1974) en de kunststof-troicarhulzen (ESPOSITO 1972). Daarnaast vinden wij dat bij het voorkomen van complicaties de ervaring van de laparoscopist een grote invloed heeft. De publikatie van SODERSTROM en BUTLER (1973) laat dit duidelijk zien. Terecht wijst WILLIAMS (1974) er dan ook op, dat operatieve laparoscopie slechts gedaan kan worden als er ervaring is opgedaan in de diagnostische laparoscopie. Het noemen van een aantal laparoscopieën dat nodig zou zijn voor men zich aan „moeilijker” gevallen kan wijden, zoals TALBOT en LEETON (1974) doen, is weinig zinvol.

In onze kliniek is het gewoonte dat de beginnende assistent eerst verschillende laparoscopieën mee-assisteert, alvorens hij onder leiding van een stafgynaecoloog zijn eerste diagnostische laparoscopie doet. Het toezien op alle onderdelen van de laparoscopieprocedure blijft dan van groot belang om te zorgen dat een „routine”-ingreep niet een routine wordt in de slechte zin van het woord. Nadat een voldoende bedrevenheid bewezen is, wordt pas overgegaan tot de operatieve laparoscopie onder leiding, waarna ook het zelfstandig werken geleidelijk gerealiseerd kan worden. In principe zou een gynaecoloog die onbekend is met deze techniek, een zelfde „stage” moeten doorlopen, waarbij het van de verdere operatieve ervaring afhankelijk zal zijn in welk tempo dit geschiedt. Een dergelijke nascholing, die in Amerika schijnt te bestaan (WILLIAMS 1974), dient een opleidingskliniek aan haar oud-assistenten ook te kunnen bieden en wordt door hen, naar ons is gebleken, gewaardeerd. Eenmaal ervaren in de diagnostische laparoscopie zal de operatieve laparoscopie weinig problemen geven, zoals ook voor de operateur, ervaren in de hysterectomie, een Wertheim-operatie geen onoverkomelijke problemen hoeft te geven.

De algemene operatieve ervaring die men heeft, is dan belangrijker dan de ervaring die bestaat in die specifieke operatie.

Een laatste opmerking: de spelling van de Verres-naald zou moeten zijn VERESS, omdat dit instrument beschreven werd door J. VERESS (1938); een spellingsfout waaraan wij ons zelf ook schuldig hebben gemaakt.

Literatuur: BAL, H. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 307. — BRADA, P. L., J. R. YOUNG, R. K. LAROS en E. P. PETERSON (1974) *Obstet. and Gynec.* 42, 551. — DUIGNAN, N. M., J. A. JORDAN, B. M. COUGHLAN en R. LOGAN-EDWARDS (1972) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth* 79, 1016. — EDGERTON, W. D. (1973) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 116, 184. — ESPOSITO, J. M. (1972) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 114, 1105. — GEORGY, F. M., H. H. FETTERMAN en M. D. CHEFETZ (1974) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 120, 1121. — HIRSCH, H. A. en E. ROOS (1974) *Geburtsh. u. Frauenheilk.* 34, 340. — HOYNCK VAN PAPENDRECHT, H. P. C. M. en H. P. CREMERS (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 484. — RIOUX, J. E. en D. CLOUTIER (1974) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 119, 737. — SODERSTROM, R. M. en J. C. BUTLER (1973) *J. reprod. Med.* 10, 245. — SUTTON, C. (1974) *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth* 81, 317. — MCTALBOT, H. en J. LEETON (1974) *Med. J. Austr. I*, 36. — VERESS, J. (1938) *Dtsch. med. Wschr.* 64, 1480. — WILLIAMS, P. P. (1974) *Fertil. and Steril.* 25, 280. — WRIGHT, F. C. (1974) *Amer. J. Obstet. Gynec.* 119, 1133.

Rotterdam, H. P. CREMERS
maart 1975 H. P. C. M. HOYNCK VAN PAPENDRECHT

Met gevoelens van respect voor de collegae HOYNCK VAN PAPENDRECHT en CREMERS, die de ontwikkeling van de laparoscopie in ons land vanaf de aanvang hebben gevolgd, wilde ik gaarne ingaan op enkele punten uit hun „ingezonden”.

Er is inderdaad relatief veel aandacht besteed aan de groep complicaties als gevolg van elektrisch trauma, in vergelijking met die veroorzaakt door mechanisch trauma. Dit had twee redenen: (1) In het kader van de opdracht leek het niet zinvol een opsomming te geven van alle bij laparoscopie door mechanisch geweld reeds beschreven of denkbare iatrogene verwondingen. Met een anatomieboek in de hand of de kennis daarvan in het hoofd, kan de operateur

zich van deze mogelijkheden een goede voorstelling vormen. Uitgebreide casuïstiek is in de literatuur voorhanden. Niet gepubliceerd is een voorval in onze kliniek, waarbij de intra-sigmoïdale positie van de „Veress”-naald werd verraden door het reukloos flatuleren van de patiënt. (2) De elektrische energievorm is, mét de daarmee verbonden apparatuur, voor te veel operateurs een tijdens hun opleiding te weinig doorgronde materie. Voor de juiste toepassing van deze energievorm dragen deze operateurs m.i. wél de eindverantwoordelijkheid. De ontstaanswijze van de door elektrisch trauma veroorzaakte laesies is minder doorzichtig dan de mechanische beschadiging, en het klinisch beloop ervan is verraderlijker zodat ze ook daarom extra aandacht verdienen.

Het is te betwijfelen of een kleine bloeding in de buik bij afwezigheid van bacteriële contaminatie, als onder strenge asepsis wordt gewerkt, aanleiding geven kan tot een ontsteking. Het routinematig profylactisch geven van antibiotica bij een lege artis uitgevoerde gecombineerde ingreep, zal door sommigen worden beoordeeld als een veilige werkwijze, door anderen (ook door mij) als een bijdrage tot „milieu-verontreiniging”. Uit de mededeling over de enkele gevallen van salpingitis na laparoscopische sterilisatie, is niet op te maken of het uitblijven daarvan moet worden verklaard uit de verandering van de operatie-techniek, de profylactische toediening van antibiotica, de verbetering van de asepsis of het toeval.

In de ideale situatie waarin de assistent voortdurend in het oog gehouden wordt door zijn opleider, lijkt het overbodig een trainingsprogramma te volgen, waarbij getalsmatig wordt gelet op de graad van geoefendheid. In een grote opleidingskliniek, waarin de ervarenheid zowel van de superviserende gynaecoloog als van de gesuperviseerde assistent sterk uiteenloopt, is een dergelijke benadering m.i. een teken van veilige bedrijfsvoering.

Wat moeite had ik met de parallel die getrokken wordt tussen de overgang van de diagnostische naar de operatieve laparoscopie en het ervaren zijn in de abdominale hysterectomie en daarna overgaan tot Wertheim-operaties. In het bijzonder vraag ik mij af of, wanneer deze parallel in praktijk zou worden gebracht, de „niet onoverkomelijke problemen” van de operateur voor de patiënt tot even overkomelijke gevolgen zou leiden.

Amsterdam, april 1975

H. BAL

BERICHTEN

Binnenland

CONGRESSEN, VERGADERINGEN, CURSUSSEN

De *Nederlandse Algemene Ziektkundige Vereniging* zal haar 109e Algemene Vergadering houden op zaterdag 24 mei 1975 van 10.00 tot 14.00 uur in de Collegezaal van de Interne Kliniek van het Academisch Ziekenhuis Utrecht.

Agenda: M. J. VAN DER HORN, A. P. M. SCHELLEKENS, J. L. TOUBER (Wilhelmina Gasthuis Amsterdam), De invloed van zout, dorsten en vochtbelasting op de uitscheiding van

argininevasopressine in de urine (AVP); W. M. WIERSINGA, A. J. M. FABIOUS, J. L. TOUBER (Wilhelmina Gasthuis Amsterdam en Psychiatrisch Centrum „St. Willibrord” Heiloo), Orfenadrine (Disipal), thyroxinebepaling en de schildklierfunctie; K. M. HAWKING, L. D. F. LAMEYER en J. C. BIRKENHÄGER (Academisch Ziekenhuis Rotterdam), Een mogelijke factor bij het ontstaan van avasculaire botnecrose na niertransplantatie; D. J. HOSKING, H. R. DE VRIES, O. L. M. BIJVOET (Academisch Ziekenhuis Leiden), De behandeling van de ziekte van Paget; F. G. I. JENNEKENS, N. M. VAN HEMEL, H. F. M. BUSCH, R. A. HOOGLAND (Academisch Ziekenhuis Utrecht en Erasmus Universiteit Rotterdam),