

NØRGAARD, B. en J. J. PINDBORG (1959) *Acta ophthal. (Kbh.)* 37, 52.  
 OBWEGESER, H. (1960) *Ost. Z. Stomat.* 57, 216.  
 PANDERS, A. K. en H. N. HADDERS (1970) *Oral Surg.* 30, 396.  
 PELL, G. J., W. G. SHAFER e.a. (1955) *J. oral Surg.* 13, 248.  
 PERRIMAN, A. en A. UTHMAN (1972) *Brit. J. oral Surg.* 10, 211.  
 PINDBORG, J. J. en I. R. H. KRAMER (1971) *Histological typing of odontogenic tumours, jaw cysts, and allied lesions.* WHO, Genève.  
 ROWE, N. L. en I. H. HESLOP (1957) *Brit. dent. J.* 103, 67.  
 SHAFER, W. G., M. K. HINE e.a. (1974) *A textbook of oral pathology.* 3e druk. Saunders, Philadelphia.

SILBERMAN, M., PH. L. MALONEY e.a. (1972) *J. oral Surg.* 30, 821.  
 SIPPEL, H. W., CH. D. NIJBERG e.a. (1969) *J. oral Surg.* 27, 739.  
 STENHOUSE, D. en D. G. McDONALD (1974) *Int. J. oral Surg.* 3, 60.  
 THOMA, K. H. (1956) *Oral Surg.* 9, 444.  
 WAAL, I. VAN DER en W. A. M. VAN DER KWAST (1974) *Int. J. oral Surg.* 3, 440.  
 WALDRON, C. A., J. S. GIANSAANTI e.a. (1975) *Oral Surg.* 39, 590.

September 1976

## BRIEVEN AAN DE REDACTIE

### *De transduodenale pancreasbiopsie*

DR. L. J. M. VOS, CHIRURG

Elke internist en chirurg wordt van tijd tot tijd geconfronteerd met patiënten die een zwelling hebben in de kop van het pancreas. Het is dan van groot belang zeker te weten of het een benigne of een maligne aandoening is en wel om twee redenen: Indien het een operabele afwijking betreft, dient men er zeker van te zijn of deze maligne is; enerzijds om het goede moment waarop een curatieve behandeling nog mogelijk is niet verloren te laten gaan, anderzijds om geen onnodige duodenum- en pancreasresectie met hoge ziekte- en sterftetekans te verrichten voor een benigne aandoening. Indien de afwijking inoperabel is, is de diagnose evenzeer van belang om de patiënt een maanden- en soms zelfs jarenlange onzekerheid te besparen.

De diagnose kan alleen worden gesteld door histologisch of cytologisch onderzoek van pancreasweefsel dat bij laparotomie is verkregen. Ook een ervaren chirurg kan op het macroscopische beeld geen zekere diagnose stellen. Het probleem is, geschikt materiaal van het pancreas te verkrijgen voor een vriescoupe zonder dat de diagnostische ingreep nadelen heeft voor de patiënt.

De meeste chirurgen zijn huiverig voor het nemen van biopten uit het pancreas, omdat hun ervaring is gebaseerd op het doen van wigbiopsieën met het mes. Deze methode heeft twee bekende nadelen:

1. Men kan slechts biopten uit het oppervlak nemen en krijgt dan vaak onvoldoende materiaal van de tumor zelf; het rond een pancreastumor samengedrukte parenchym vertoont vaak fibrose.

2. De kans op lekkage van pancreassap en het ontstaan van een fistel is groot, zeker wanneer men tracht het biopt uit wat dieper gelegen weefsel te nemen.

Terecht wordt de laatste jaren meer en meer de *naaldbiopsie* toegepast. Hiermee zijn diepe biopten uit het werkelijke tumorgebied te verkrijgen. Wil men echter het risico van lekkage en fistelvorming voorkomen, dan dient men geen biopsienaalden maar zeer dunne punctienaalden te gebruiken. Het materiaal dat hierbij wordt verkregen, is alleen geschikt voor cytologisch onderzoek, wat gespecialiseerde ervaring van de patholoog-anatoom vereist.

Om de nadelen van de wigbiopsie te vermijden en de voordelen van de biopsienaald te behouden, pasten wij de volgende methode toe.

#### *De transduodenale pancreasbiopsie*

Er werd gebruik gemaakt van de „disposable” TRUCUT-naald van Travenol. Hiermee verkrijgt men fraaie, 2 cm lange weefselstrengen die histologisch goed zijn te beoordelen, ook bij vriescoupe-onderzoek. Na mobilisatie van duodenum en pancreaskop wordt een beursnaad met  $3 \times 0$  atraumatische zijde gelegd in de laterale duodenumwand. Vervolgens wordt de naald door de laterale wand tot in het lumen gestoken. Na lokalisatie van de A. pancreaticoduodenalis door palpatione, wordt de naald door de mediale duodenumwand gestoken tot in de pancreastumor. Na het nemen van het biopt wordt de naald geheel teruggetrokken. Vervolgens wordt nog 2 maal op dezelfde wijze een biopt uit een ander deel van de tumor genomen, waarbij steeds van dezelfde prikopening binnen de beursnaad in de laterale duodenumwand gebruik wordt gemaakt. Na de laatste biopsie wordt de beursnaad geknoopt

Uit de Chirurgische Universiteitskliniek (hoogleraar-directeur: Prof. Dr. P. J. KUIJER) en de Chirurgische afdeling van het R.K. Ziekenhuis te Groningen.

Patiënt	Voorafgegane mesbiopsie	Complicaties	Transduodenale biopsie	Complicaties
1	fibrose	fistel	3 × carcinoom	geen
2	fibrose	fistel	2 × carcinoom 1 × fibrose	geen
3	-	-	3 × carcinoom	geen
4	-	-	2 × carcinoom 1 × fibrose	geen
5	-	-	3 × fibrose	geen
6	-	-	2 × carcinoom 1 × dubieus	geen
7	-	-	3 × carcinoom	geen
8	-	-	3 × fibrose	geen
9	-	-	3 × fibrose	geen

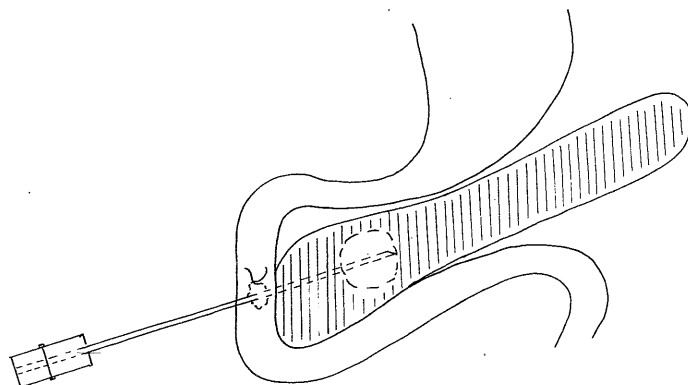
waardoor het duodenum is gesloten. Voor de hemostasis wordt daarna gedurende 5 minuten met de duimen het duodenum ter plaatse tegen de pancreaskop gecompriëerd. Het grote voordeel van deze methode is:

1. Men kan diepe biopsiën verrichten en verkrijgt goed te beoordelen pancreasweefsel uit een representatief gebied en daardoor grote diagnostische zekerheid.

2. Indien er lekkage en pancreasfisteling ontstaat, vormt zich een inwendige fistel naar het duodenum waarvan de patiënt geen hinder ondervindt.

Deze transduodenale wijze van pancreasbiopsie (fig.) pasten wij bij 9 patiënten achtereenvolgens toe (7 waren opgenomen in het Academisch Ziekenhuis en 2 in het R.K. Ziekenhuis te Groningen. Het histologische onderzoek werd verricht door Dr. R. EIBERGEN en Dr. J. VAN DE GRIENDT). De resultaten zijn vermeld in de tabel.

Bij 6 patiënten werd met zekerheid de diagnose pancreaskopcarcinoom gesteld. Uit de gegevens in de tabel is duidelijk, dat het nemen van 1 biopt onvolgende is.



Bij 3 patiënten leverde het histologische onderzoek een fibrose in alle biopten op. Bij deze patiënten blijft de diagnose onzeker, doch het beloop (nu resp. 4 maanden, 5 maanden en 1½ jaar na de biopsie) doet vermoeden dat de diagnose fibrose juist was en de biopsie betrouwbare gegevens opleverde.

Bij geen van de 9 patiënten trad een complicatie op ten gevolge van deze biopsiemethode.

September 1976

## Bladvulling

### De oorsprong van het woord vaccine

„In 1798, kort na het verschijnen van Jenner's „Inquiry”, gaf dr. Louis Odier een korte recensie van het werk in de te Genève verschijnende „Bibliothèque Britannique”, gevolgd door een volledige vertaling. In Augustus 1799 stelde hij voor het woord vaccine te gebruiken, omdat petite vérole des vaches (voor cow pox) een lastig woord is en men in het

Latijn zou spreken van variola vaccina. Hij meende dit voorstel te mogen doen, omdat hij de eerste was, die deze ziekte in de Fransche taal besprak. (Blatt f. Schweiz. Aerzte).”

(Berichten. Buitenland (1906) *Ned. T. Geneesk.* 50, I, 916.)