

vuldige controle onontbeerlijk is ook nadat de klachten zijn verdwenen en het ulcus verbeterd lijkt, ten einde een vroeg stadium van maagcarcinoom niet te miskennen.

*Literatuur:* FESTEN, H. P. M., C. B. H. LAMERS en J. H. M. VAN TONGEREN (1978a) *Ned. T. Geneesk.* 122, 862; (1978b) *Ned. T. Geneesk.* 122, 866. — MINOLI, G., V. TERRUZZI en A. ROSSINI (1978) *Lancet* I, 1092. — Referaat (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1899. — TAYLOR, R. H., N. MENZIES-GOW, D. LOVELL e.a. (1978) *Lancet* I, 686.

J. A. H. VAN BEUSEKOM

## Heelkunde

### *Cholecystectomie als additionele ingreep bij grote buikoperaties van bejaarden*

In veel (opleidings)klinieken bestaan weerstanden tegen het in één tempo uitvoeren van twee of meer geheel verschillende intra-abdominale ingrepen. Men vreest gewoonlijk een additie van de complicaties van elk der afzonderlijke ingrepen waardoor — vooral bij oudere mensen — morbiditeit en sterfte stijgen. Deze opvatting vindt geen steun in de waarnemingen van SCHREIBER e.a. (1978), die tussen 1962 en 1976 bij 44 patiënten — alle boven de 60 en gemiddeld 78 jaar — tijdens ingrijpende buikoperaties ook galblaasstenen vonden. Meestal betrof het operaties aan colon of maag, soms aan de aorta abdominalis. Meer dan de helft dezer patiënten had een preëxistente hartkwaal, 5 hadden diabetes mellitus. Bij 39 van de 44 patiënten deed men, naast de eigenlijke ingreep, tevens cholecystectomie; bij één werd met cholecystostomie volstaan, terwijl bij 4 patiënten de galblaas ongemoeid bleef. Bij 2 van deze 4 liet de (onderbuik)incisie, bij de 2 anderen de algemene lichamelijke toestand de additionele cholecystectomie niet toe. Zowel van de patiënten die een bijkomende galblaasextirpatie ondergingen, alsook van hen bij wie men deze

achterwege liet, werd het beloop na de operatie nauwlettend gevolgd. Het totale aantal postoperatieve complicaties (luchtweg-, urineweg-, wondinfecties, decompensatio cordis) was zeker niet groter dan tot dusverre voor geriatrische operatie-patiënten werd opgegeven (KLUG en McPHERSON 1959) en er deed zich géén sterfte tijdens of kort na de operatie voor. Slechts één complicatie kon met zekerheid aan de cholecystectomie worden toegeschreven, namelijk een tijdelijke gal-lekkage, die spontaan ophield, bij een patiënt die een maagsectie als primaire ingreep had ondergaan. Eén van de vier patiënten bij wie de galblaas ongemoeid werd gelaten, kreeg postoperatief een cholecystitis, zodat op de 8e dag na de operatie alsnog tot cholecystectomie moest worden besloten. Het ontstaan van cholecystitis na chirurgische ingrepen, die met de galwegen niets te maken hebben, wordt in toenemende mate in de literatuur vermeld (BELL en HOLUBITSKY 1969; OTTINGER 1976). Dit ziektebeeld wordt dikwijls te laat of zelfs in het geheel niet herkend en heeft dientengevolge een aanzienlijke sterfte tot gevolg.

De schrijvers menen dat enerzijds het risico van een postoperatieve cholecystitis bij galsteendragers steeds op de loer ligt, en anderzijds dat morbiditeit en sterfte na een additionele cholecystectomie ternauwernood stijgen. Om deze redenen bevelen zij aan om bij galsteendragers, die een ingrijpende buikoperatie moeten ondergaan, profylactisch een cholecystectomie te doen, als de incisie zich hier toe leent en de toestand van de patiënt de noodzakelijke verlenging van de operatieduur toelaat.

*Literatuur:* BELL, G. A. en I. B. HOLUBITSKY (1969) *Canad. med. Ass. J.* 101, 94. — KLUG, T. J. en R. C. McPHERSON (1959) *Amer. J. Surg.* 97, 713. — OTTINGER, L. W. (1976) *Ann. Surg.* 18, 162. — SCHREIBER, H., W. L. MACON IV en W. J. PORIES (1978) *Amer. J. Surg.* 53, 196.

J. BENDER

## INGEZONDEN

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

### *Ziekte van Still (juvenile chronische polyarthritis) op de volwassen leeftijd*

In hun artikel schrijven OEL, MELJERS en CATS (1978): „Zijdelings zij opgemerkt dat voor dit syndroom en de subvormen in Groot-Brittannië de naam ziekte van Still wordt gebezigd, in de Verenigde Staten juvenile reumatoïde arthritis, in de Frans-Zwitserse literatuur het syndroom van Wissler-Fanconi of subsepsis allergica, terwijl thans veelal wordt gesproken van chronische juvenile polyarthritis”. Deze zin suggereert dat de ziekte van Still (ZS) gelijkwaardig zou zijn aan het syndroom van Wissler-Fanconi (SWF).

Het is waar dat (sommige!) Franstalige schrijvers dit menen, een aantal Engelse eveneens en, naar ik begrijp, ook de schrijvers van het artikel. Daar ik meen dat er voldoende redenen zijn SWF als een andersoortige entiteit te beschouwen, en dit grote betekenis heeft voor de prognose, wil ik hier de verschijnselen van beide ziekten, zoals ik die bij een recent literatuuronderzoek heb gevonden, naast elkaar weergegeven (tabel) (DE HAAS en VAN GOOL 1977).

De verschillen zijn dus soms kwantitatief en kwalitatief (11, 12, 13). Bij de ZS bij kinderen zijn er zelden moeilijkheden: de ernstige gewrichtsverschijnselen, aandoening van de halswervels, kaakgewrichten en sacroïliacale gewrichten benevens de oogverschijnselen zorgen daar (he-laas) op den duur wel voor. Bij de gedecapiteerde vorm bij volwassenen blijft slechts de trias koorts-exantheem-artralgie en (of) arthritis en deze vindt men juist bij SWF (en trouwens bij vele andere ziekten) terug. SWF is echter een samenstel van symptomen dat op den duur weer verdwijnt; ZS is een ziekte die zich op den duur verder openbaart. SWF is mogelijk een langdurige hyperergische reactie op een infectie die kort heeft geduurd. In het besef dat de meeste vergelijkingen mank gaan zou ik willen zeggen: SWF staat tot ZS als het meningisme tot de meningitis.

Het belangrijke punt is natuurlijk het verschil in prognose. Het zou interessant zijn te vernemen hoe in de gevallen van OEI e.a. de AST, de antistafylolysinetiter en het gewrichtsvocht waren: wellicht hebben enkele van hun patiënten het geluk onder het syndroom van Wissler-Fanconi te vallen.

1. Anamnese: vaak ook in jeugd aanval gehad
2. Algehele duur wel tot 20 jaar
3. Vrij interval vaak jaren
4. Algemene malaise
5. Vaak viscerale verschijnselen
6. Milt vaak gezwollen
7. Accent op gewrichtsverschijnselen
8. Exantheem morbilliform
9. Geen allergische verschijnselen
10. Gewrichtsvocht: veel leukocyten
11. Rose-test negatief
12. AST negatief
13. Antistafylolysine?
14. Ziektebeeld bij kind anders
15. Prognose matig
16. Goede reactie op salicyl

Anamnese negatief  
 Duur zelden boven 3 jaar  
 Maanden  
 Alleen wat bij koorts  
 Zelden  
 Uitzondering  
 Accent op huidverschijnselen  
 Grote variatie  
 Vaak, ook in anamnese  
 Vrijwel normaal  
 Soms positief  
 Vaak positief (aspecifiek)  
 Vaak aanwezig  
 Ziektebeeld gelijk  
 Vrijwel 100% gunstig  
 Reactie zeer wisselend: salicyl, prednison, antibiotica en antiallergica

*Literatuur:* HAAS, W. H. D. DE en J. VAN GOOL (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1590. — OEL, S. H., K. A. E. MEIJERS en A. CATS (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 620.

Amsterdam, juni 1978

W. H. D. DE HAAS

Wij hebben met belangstelling kennis genomen van het commentaar van DE HAAS. Inderdaad zijn wij van oordeel, dat de subsepsis allergica c.q. het syndroom van Wissler-Fanconi valt onder het ziektebeeld, dat de laatste tijd in de Angelsaksische literatuur steeds meer chronische juveniele polyarthritis (CJP) wordt genoemd. Zowel in het artikel van DE HAAS en VAN GOOL (1977) als in ons artikel werd naar voren gebracht, dat dit ziektebeeld (of deze ziektebeelden) niet beperkt is (zijn) tot de kinderleeftijd, doch ook bij volwassenen kan (kunnen) voorkomen.

DE HAAS en VAN GOOL hebben getracht door de symptomen van de ziekte van Still (ZS) op volwassen leeftijd (c.q. chronische juveniele polyarthritis) en het syndroom van Wissler-Fanconi (SWF) naast elkaar te zetten, aan te tonen, dat er zeer duidelijke verschillen bestaan tussen beide beelden. Wij zouden de volgende door hen opgesomde punten van enig commentaar willen voorzien.

Ad 1. Anamnese: „Vaak zou bij ZS op de volwassen leeftijd al een aanval in de jeugd hebben plaatsgevonden”. Het aantal patiënten beschreven met dit syndroom op volwassen leeftijd is gering. Bij APTEKAR e.a. (1973) wordt inderdaad gevonden, dat 5 van de 10 patiënten in de jeugd reeds aan een gewrichtsziekte leden; daar staat tegenover dat in de serie van 14 patiënten gepubliceerd door BYWATERS (1971) en bij de door ons beschreven patiënten dit echter niet het geval is.

Ad 2. Betreffende de algehele ziekteduur blijkt niet alleen bij ZS op de volwassen leeftijd, doch ook bij SWF een lange ziekteduur met herhaalde recidieven beschreven te zijn (WISSLER 1965; MEINEL 1973).

Ad 3. Het vrije interval: Dit lijkt niet beperkt tot ZS op volwassen leeftijd; ook WISSLER en MEINEL beschrijven intervallen van enkele jaren.

Ad 4. Algemene malaise: Bij ZS op de volwassen leeftijd is het opvallend dat ernstige malaise hoofdzakelijk beperkt is tot koortsp perioden.

Ad 5. WISSLER noemt veelvuldig het voorkomen van viscerale laesies.

Ad 6. Bij eigen materiaal werd dit éénmaal bij de 5 beschreven patiënten gevonden.

Ad 7 en 8. Huidverschijnselen zijn ook bij ZS een belangrijk verschijnsel voor het stellen van de diagnose. Zij kunnen een grote variatie qua uitbreiding en vorm tonen.

Ad 9. Allergische verschijnselen worden weinig genoemd in het overzichtsartikel van WISSLER.

Ad 10. Analyse van de synoviale vloeistof wordt noch bij WISSLER, noch bij MEINEL, noch bij BYWATERS gevonden.

Ad 11. In het artikel van BYWATERS betreffende 14 patiënten wordt éénmaal een wisselend positieve Rose-test gemeld; WISSLER vond bij 89 patiënten 3 maal een positieve latextest.

Ad 14. Het ziektebeeld bij volwassenen is volledig identiek. (N.B. Wij bedoelen hiermede deze subvorm van CJP, zoals die oorspronkelijk door STILL is beschreven, d.w.z. koorts, gewrichtsverschijnselen, exantheem, viscerale aandoeningen.)

Ad 15. Prognose: Bij ZS zeer variabel; goed tot matig. WISSLER meldde, dat 6 van de 89 gevallen overgingen in een chronische polyarthritis.

Ad 16. ZS: goede reactie op salicyl én prednison. WISSLER en MEINEL zijn van mening, dat op antibiotica geen enkele reactie volgt.

De verschillen, zo nadrukkelijk door DE HAAS en VAN GOOL naar voren gebracht, blijken onzes inziens veel minder scherp. De geaccentueerde verschillen zijn van kwantitatieve aard met relatief gering materiaal. De waarde van de antistafylolysine is niet duidelijk.

Wat de prognose betreft, die door DE HAAS en VAN GOOL uiteraard van zeer groot belang wordt geacht, laat de literatuur een wat genuanceerder beeld zien. In de groep van 14 patiënten van BYWATERS was de prognose relatief goed, terwijl daartegenover bij WISSLER bij 6 patiënten de aandoening overgaat in een chronische polyarthritis.

Aangezien de etiologie van deze aandoeningen en een verschil in pathogenetische momenten onbekend is en dus de diagnose uitsluitend gesteld kan worden op een combinatie van symptomen bij uitsluiting van andere aandoeningen, kan een definitief oordeel over het identiek zijn van bovengenoemde ziektebeelden niet worden gegeven. Het lijkt ons in dit stadium daarom gerechtvaardigd deze syndromen onder één noemer te brengen.

*Literatuur:* APTEKAR, R. G. e.a. (1973) *Arthr. Rheum.* 16, 715. — BYWATERS, E. G. L. (1971) *Ann. rheum. Dis.* 30, 121. — HAAS, W. H. DE en J. VAN GOOL (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1590. — MEINEL, H. (1973) *Zbl. inn. Med.* 28, 633. — WISSLER, H. (1965) *Ergebn. inn. Med. Kinderheilk.* 23, 202.

Leiden, juli 1978

S. H. OEI  
K. A. E. MEIJERS  
A. CATS

## *Vitrectomie, de weg naar een nieuw gezichtspunt*

Naar aanleiding van de klinische les van dr. DE JONG (1978) voel ik mij genoodzaakt enkele kritische kanttekeningen te plaatsen. Nadat op 27-6-1975, dus ruim 3 jaar geleden, de eerste gesloten pars plana-vitrectomie in Nederland in de Nijmeegse Universiteits Oogkliniek plaatsvond, zijn er 265 gesloten vitrectomieën in ons instituut verricht. Derhalve hebben wij, zoals DE JONG ook bekend is, gedurende meer dan 3 opeenvolgende jaren een vrij grote ervaring op dit gebied kunnen verkrijgen (DEUTMAN 1975, 1976, 1978).

Collega DE JONG stelt onder meer: „... bij een glasvochtbloeding met een netvliesontsteking wil men wel eens na enkele weken al tot vitrectomie overgaan”. Naar mijn mening, en daar sta ik zeker niet alleen in, is het in een dergelijk geval geïndiceerd zo snel mogelijk het troebele glasvocht te verwijderen om dan onder visuele controle het netvlies op zijn plaats te brengen. Wij hebben dit reeds meermalen met goed resultaat kunnen doen. Wacht men lang, dan is de kans op het ontstaan van een verschrompeld netvlies door massieve periretinale proliferatie bijzonder groot.

Voorts stelt DE JONG zonder een adequate referentie of statistiek te geven, dat diabetes-patiënten veel meer kans op secundair glaucoom hebben, wanneer men de lens voorafgaand aan de vitrectomie in dezelfde zitting verwijdert dan wanneer men drie maanden voor de vitrectomie een lensextractie uitvoert. Ik ben van mening, dat voor deze veronderstelling geen goede gronden aanwezig zijn. Vooraanstaande vitrectomiechirurgen als MACHEMER, RYAN en MICHELS heb ik de gecombineerde procedure zien doen en nog steeds wordt deze techniek het meest toegepast (DOUVAS 1976; MICHELS 1978). Het ontstaan van een neovascularisatieglaucoom — want dit bedoelt de auteur met secundair glaucoom — komt helaas nogal eens voor na een vitrectomie bij diabetes-patiënten. Maar dit is veeleer een gevolg van de toestand van de retina dan van de tegelijkertijd uitgevoerde cataractextractie. Het is voor vele patiënten een groot voordeel indien een gecombineerde operatie wordt uitgevoerd omdat men dan slechts eenmaal geopereerd hoeft te worden. Ook loopt men dan niet het risico dat inmiddels de retina in de „wachttijd” in een hopeloze toestand is geraakt, want de fibrovasculaire proliferaties kunnen soms in zeer korte tijd tot een onbehandelbare tractienetvliesloslating leiden.

Een zeer belangrijk indicatiegebied van de vitrectomie, dat nauwelijks besproken wordt, is de spoedeisende situatie na een ernstig perforerend trauma of bij een beginnende tractienetvliesloslating. Het is helaas onze ervaring dat veel patiënten in deze gevallen te laat voor vitrectomie ingestuurd worden. Bij dergelijke patiënten kan men niet rustig selecteren, maar dient soms op korte termijn de beslissing genomen te worden tot vitrectomie. Vele auteurs

nemen op het ogenblik aan dat tussen 4 en 10 dagen na een ernstig perforerend trauma de optimale tijd voor een vitrectomie is, terwijl men bij diabetes-patiënten, die soms van dag tot dag in visus achteruitgaan door het ontstaan van een tractienetvliesloslating, veelal met spoed operatief moet ingrijpen wil men niet in een hopeloze situatie verzeild raken.

Overigens ben ik het met de schrijver van deze les eens, dat de door MACHEMER geïntroduceerde pars plana-vitrectomie een grote aanwinst voor de oogheelkunde is en dat een groep patiënten die tot voor enkele jaren onbehandelbaar leek weer hoop op enig licht en zicht mag hebben.

*Literatuur:* DEUTMAN, A. F. (1975) Inaugurale rede, Nijmegen; (1976) *Pars plana-vitrectomie*. (170th meeting of the Dutch Ophthalmic Society, Utrecht, bl. 115.) W. Junk, 's-Gravenhage; (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 253. — DOUVAS, N. G. (1975) *New developments in ophthalmology*. (Documenta Ophthal. proc. series.) W. Junk, 's-Gravenhage. — JONG, P. T. V. M. DE (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1009. — MICHELS, R. (1978) *Arch. Ophthal.* 96, 237.

Nijmegen, juli 1978

A. F. DEUTMAN

Alvorens op het commentaar van collega DEUTMAN in te gaan, zou ik twee opmerkingen willen maken. Bij een klinische les is het mijns inziens niet de bedoeling, in tegenstelling tot bij een caput selectum, diep op de finesses in te gaan. De opzet was de niet-oogarts een indruk over deze nieuwe behandelingsmogelijkheid te geven. Meer details zouden deze les waarschijnlijk minder leesbaar gemaakt hebben. De opmerkingen van collega DEUTMAN nopen mij nu echter wel meer in bijzonderheden te treden. In de tweede plaats ben ik bij de meer dan tweehonderd publicaties over vitrectomie geen prospectief, dubbel gemaskeerd onderzoek bij een groter aantal patiënten tegengekomen. Enkele pioniers hebben hun behandelingsmethoden ontwikkeld en daar maar zelden eigenhandig een vergelijking met die van hun collega bij uitgevoerd.

Willen wij praten over het tijdstip van een vitrectomie bij een glasvochtbloeding bij een ablatio retinae, dan zullen we nader moeten preciseren wat we onder „enkele weken” en „zo spoedig mogelijk” verstaan. De meeste van deze glasvochtbloedingen lossen al dan niet met bedrust en binoculair verband binnen één tot zeven dagen spontaan op (LINCOFF e.a. 1976), wat mijns inziens een vitrectomie binnen die periode overbodig maakt. Uit eigen ervaring weten wij allen dat een aantal corpus vitreum-bloedingen ook ná een week nog oplossen. Uit een prospectief onderzoek naar de resultaten van onze operaties bij een primaire regmathogene ablatio retinae blijkt dat wij een zelfde percentage aanliggende netvliezen bereiken als de grote buitenlandse centra (nl. 92%) ook zonder vroegtijdige vitrectomie. In zijn algemeenheid prefereer ik dus toch „binnen enkele weken” boven „zo snel mogelijk”. Het nut van vroege vitrectomie, zoals collega DEUTMAN beschrijft, zou geadstrueerd moeten worden met getallen.

Twee auteurs hebben het gunstige effect van niet-gelijktijdige lensextractie op rubeosis van de iris bij diabetici beschreven (L'ESPERANCE 1977; OKUN 1977), terwijl een derde in dubio was een onderzoek met controlegroep vroege (IRVINE en SHORB 1977). De redenen waarom ik de niet-gecombineerde lensextractie vermeld heb, zal ik nogmaals opsommen:

a. Het betreft soms vrij heldere lenzen die wij normaliter nooit zouden verwijderen.