

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 vroeg (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.

b. Mogelijk ten gevolge van de verbeterde circulatie van het voorste-oogkamerwater lost de glasvochtbloeding soms spontaan al op, wat ik meermalen heb meegemaakt. SPITZNAS (1978) heeft een artikel in voorbereiding waarin hij schrijft dat na diathermische of cryo-coagulatie van de sclera, maar vooral na lensextractie, bij ongeveer een kwart van zijn patiënten vitrectomie niet meer nodig was.

c. Ontstaat een ernstig hemorrhagisch glaucoom dan kan men beter van vitrectomie afzien. Inderdaad is het voor veel patiënten met diabetes mellitus, die toch al vaak met het ziekenhuis in contact komen, bezwaarlijk om tweemaal opgenomen en geopereerd te worden, maar als men het tevoren duidelijk bespreekt, lijkt mij dit gezien de mogelijke voordelen ervan niet onoverkomelijk. Bovendien duren de operaties, wanneer ze onder lokale anesthesie plaatsvinden, niet zo lang voor de patiënt. Bij mijn weten hebben geen van de door collega DEUTMAN aangehaalde chirurgen specifiek over het tijdstip van lensextractie gepubliceerd. Ze werken alle drie in Amerika waar het, mede gezien de (soms intercontinentale) afstanden, soms bezwaarlijk wordt gevonden een patiënt na drie maanden

terug te laten komen. Over de pathogenese van de fibrovasculaire proliferaties is mijns inziens te weinig bekend om dat als argument hier te kunnen aanvoeren.

Hoewel ook over het tijdstip van een vitrectomie na een trauma de meningen nog steeds uiteenlopen, ben ik het met collega DEUTMAN eens dat men meer en meer een vroegtijdige operatie begint voor te staan bij ernstige perforerende traumata. Daar ik me niet kan voorstellen dat een dergelijk trauma niet door een oogarts waargenomen zou worden, ben ik daar niet uitgebreider op ingegaan in deze klinische les.

Literatuur: ESPERANCE, F. A. (1977) In: *New and controversial aspects of vitreoretinal surgery*, bl. 301. Onder redactie van A. MCPHERSON. Mosby, St. Louis. — IRVINE, A. R. en S. SHORB (1977) *Idem*, bl. 295. — OKUN, E. (1977) *Idem*, bl. 312. — LINCOFF, H., I. KREISIG en M. WOLKSTEIN (1976) *Brit. J. Ophthal.* 60, 454. — SPITZNAS, M. (1978) Persoonlijke mededeling.

Amsterdam, augustus 1978

P. DE JONG

BERICHTEN

Buitenland

Fluoridering van drinkwater en sterfte. — Bij vroegere onderzoeken in 20 steden in de Verenigde Staten werden voor de steden waarin het water werd gefluorideerd, hogere sterftecijfers gevonden. Hoewel bij de bewerking van deze sterftecijfers rekening was gehouden met verschillen in ras, sekse en leeftijd van de bewoners van deze steden noemt J. D. ERICKSON van het Center for Diseases Control (CDC) te Atlanta de gevolgde methoden „rudimentary” (*New Engl. J. Med.* (1978) 298, 1112). Hij meent dat bij de bewerking van de sterftecijfers ook rekening dient te worden gehouden met een aantal demografische gegevens zoals de bevolkingsdichtheid, de scholingsgraad van de inwoners, het gemiddelde inkomen en het percentage van de bevolking dat aan de produktie deelneemt. In een nieuw onderzoek werd gebruik gemaakt van de overlijdensakten uit de periode 1969-1971 van de gehele blanke en zwarte bevolking van 46 steden met meer dan 250.000 inwoners. Van deze steden werd in 24 het drinkwater gefluorideerd of had dit van nature een fluorgehalte van $\geq 0,7$ mg/liter. In de andere 22 steden was het fluorgehalte van het drinkwater lager en werd er geen fluor aan toegevoegd. Beide groepen steden hadden resp. 16 en 11 miljoen inwoners. De sterfte per 100.000 inwoners bedroeg 1191 en 1055. Deze getallen leken het oorspronkelijk oordeel over de schadelijkheid van de fluoridering te bevestigen. Na de correctie van de sterftecijfers, waarbij met al de bovengenoemde factoren rekening was gehouden, bedroegen deze cijfers 1124 en 1137.

Bij de bewerking van de sterftecijfers werd een indeling gemaakt in 29 sterftecategorieën. Voor slechts twee (betrekkelijk onbelangrijke) van deze categorieën werd een significante afwijking tussen de beide stedengroepen gevonden: éénmaal ten gunste en éénmaal ten nadele van de gefluorideerde groep. Van de 2088 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde tests (29 (sterftecategorieën) \times 18 (leeftijdsgroepen) \times 2 (geslacht) \times 2 (ras)) bleken er 106 significante verschillen op te leveren. Bij 58 tests werd een hogere

en bij 48 werd een lagere sterfte berekend voor de steden met gefluorideerd water. De verwachte kans voor het vinden van dergelijke significante verschillen bij het uitvoeren van 2088 tests werd berekend op 104,4 tests.

De schrijver concludeert dat een vergelijking van de sterftecijfers van steden waarin het water wel en waarin het niet werd gefluorideerd géén aanwijzingen oplevert voor een schadelijk effect van de fluoridatie. Met name weerspreekt hij de bewering dat de fluoridering van drinkwater tot hogere kankersterfte zou leiden.

A. L. NOORDAM

Binnenland

Buiktyfus in Spanje. — In kranteberichten wordt melding gemaakt van gevallen van febris typhoidea in het gebied ten zuiden van Barcelona. In Nederland werden tot en met de 28e week van dit jaar 14 patiënten met deze ziekte aangegeven; uit de periodieke overzichten van infectieziekten van de Geneeskundige Hoofdinspectie blijkt de laatste maanden niet dat deze ziekte in Spanje werd geacquireerd.

Ziek is maar een paar vlieguren lang: als inderdaad in Spanje in toeristengebieden buiktyfus voorkomt, zal men rekening moeten houden met import van *Salmonella typhi*.

Vaccinatie tegen influenza. — Van de Geneeskundige Hoofdinspectie werd het volgende schrijven ontvangen, gedateerd augustus 1978.

„Met het oog op het influenzaseizoen 1978-1979 moge ik U opnieuw herinneren aan een aantal groepen patiënten met ziektebeelden waarvan is vastgesteld dat wel op theoretische gronden wordt aangenomen dat zij oorzaak kunnen zijn van een verhoogd risico ten aanzien van influenza. Met betrekking tot de zwangeren stelt een commissie van de Gezondheidsraad dat kleine veranderingen in de antigene samenstelling („antigenic drift”) van circulerende influenzavirussen bij deze groep, geen verhoogd risi-