

Literatuur: HOITSMA, H. F. W. en G. DEN OTTER (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1648.

Meppel, november 1978

J. J. DOEVEN

Het artikel van de collegae HOITSMA en DEN OTTER (1978) heeft mij als radioloog zeer aangesproken, met name het feit dat zij zo'n overzichtelijke „decision tree” publiceren in figuur 3. De radioloog zal zijn plaats gaarne daarin terugvinden en het is verheugend te constateren dat de moderne chirurg aldus pas na zo optimaal mogelijk geïnformeerd te zijn, overgaat tot een operatieve ingreep. De tijd zal nog moeten leren wat de plaats van de computertomografie in dit geheel zal worden.

De beschouwing aan het slot laat de vrijheid over, te wijzen op een radiodiagnostisch-therapeutische mogelijkheid, die in het buitenland steeds meer veld wint bij de behandeling van sommige vormen van obstructie-icterus: de percutane transhepatische galwegdrainage.

Summier beschreven is de methode als volgt: De gedilateerde galwegen worden percutaan transhepatisch gepuncteerd met behulp van een naald, waaromheen een dunne catheter zit met een doorsnee van 1 mm. Na terugtrekken van de mandrijn blijft de catheter achter en kunnen de galwegen met contrast worden gevuld voor eventuele verdere diagnostiek. Vervolgens wordt — naar analogie van de techniek volgens Seldinger — een J-vormige voerdraad ingevoerd, zo mogelijk tot aan de (sub)totale stop in de ductus choledochus. Daaroverheen wordt dan een catheter met zijgaatjes gevoerd. LUNDERQUIST (persoonlijke mededeling) adviseert zelfs om in gevallen van partiële stenose de catheter „door te drukken” tot in het duodenum, zodat de drainage inwendig kan plaatsvinden. Kan dit niet, dan vindt de drainage naar buiten plaats en kan de catheter worden aangesloten op een opvangsysteem.

Het voordeel is dat sommige patiënten van de categorie met verhoogd risico een operatie — vooralsnog — bespaard kan blijven. HOEVELS e.a. (1978) beschrijven gunstige resultaten bij 15 patiënten en NAKAYAMA e.a. (1978) zelfs in 104 gevallen, naar welke publikaties ter verdere oriëntatie zij verwezen. In ons ziekenhuis mochten wij dit (tijdelijk) van de klinische collegae doen bij 2 patiënten.

De meest voorkomende complicatie is het terugslippen van de catheter. Infectie wordt altijd gevreesd, maar wordt, evenmin als bij de T-drainage na cholecystectomie, niet beschreven.

Literatuur: HOEVELS, J., A. LUNDERQUIST en I. IHSE (1978) *Gastrointest. Radiol.* 3, 23. — HOITSMA, H. F. W. en G. DEN OTTER (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1648. — NAKAYAMA, T., A. IKEDA en K. OKUDA (1978) *Gastroenterology* 74, 554.

Utrecht, november 1978

J. H. J. RUIJS

Collega DOEVEN heeft zeker gelijk wanneer hij stelt dat een T-drain in de ductus hepatocholedochus de definitieve ingreep kan bemoeilijken. Anderzijds zal men de choledoch-enterostomie toch altijd zo hoog mogelijk op de ductus choledochus aanbrengen. Daarbij blijven de effectiviteit en de veiligheid van een decompressie door middel van een cholecystostomie voor ons wat twijfelachtig.

De anastomose tussen pancreas en jejunum bij de klassieke operatie volgens Whipple heeft ons tot op heden geen moeilijkheden opgeleverd, maar deze is inderdaad in zekere zin berucht. Het gebruik van een metalen cerclagedraad om het achterblijvende deel van het pancreas is ons uit eigen ervaring niet bekend. Het gevaar van dislocatie van de draad, maar bovenal het gevaar van een pancreatitis in het achterblijvende deel lijkt ons niet denkbeeldig.

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega RUIJS het volgende: Decompressie van de galwegen door middel van een percutane transhepatische drainage is ons o.a. uit de door de inzender genoemde literatuur bekend. Wij hebben er in onze groep nog geen eigen ervaring mee, maar het zou zeer wel kunnen zijn dat deze methode, juist gezien ook het geringe aantal complicaties dat er tot op heden van beschreven is, de meeste ideale voorbereiding is voor een eventuele latere operatie van deze patiënten.

Amsterdam, november 1978

H. F. W. HOITSMA
G. DEN OTTER

BERICHTEN

Buitenland

DUITSLAND (B.R.)

Oversterfte aan influenza in 1978. — Volgens berekeningen van het statistisch bureau van de Duitse Bondsrepubliek is er ten gevolge van de griepiepidemie in februari 1978 in die maand een oversterfte van 15.000 inwoners ontstaan waardoor het sterftcijfer 20% hoger was dan werd verwacht. Deze hogere sterfte wordt toegeschreven aan influenza door het virustype A/Texas/1977 (H₃N₂). De sterfte trof voornamelijk ouderen en chronisch zieken. Aan het nieuwe „Russische” influenzavirus (A/USSR/1977 (H₁N₁)) wordt geen rol van betekenis toegekend. Dit laatste virus veroorzaakte in Duitsland voornamelijk licht verloopende infecties bij jongeren onder 25 jaar. In de mededeling wordt nog eens gewezen op het belang van een tijdige vaccinatie van de risicogroepen (*Med. Klin.* (1978) 73, 6).

GROOT-BRITANNIË

Luchtwegaandoeningen bij kinderen door RS-virus. — In een rapport aan de Medical Research Council wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de betekenis van het respiratoir syncytiale virus (RS-virus) bij infecties van de luchtwegen bij kinderen tot 5 jaar. In 10 centra werden kinderen die wegens luchtweginfecties werden opgenomen, onderzocht op dit virus. De centra lagen over het gehele rijk verspreid in landelijke, stedelijke of industriële gebieden. Hun gezamenlijke verzorgingsgebied omvatte een bevolking van ongeveer 5 miljoen inwoners. Het RS-virusonderzoek had plaats in de winters 1973-'74 en 1974-'75 en geschiedde bij 4262 kinderen. Het bleek dat infectie met RS-virus de voornaamste oorzaak was van ziekenhuisopneming wegens luchtweginfecties: het virus werd in beide winters bij 41%, resp. 30% van de onderzochte kinderen aangetoond. Van alle 0-jarige kinderen was 78% met RS-virus besmet, het grootste deel van de infecties betrof de