

Resultaten van chirurgische behandeling van renovasculaire hypertensie; een retrospectief onderzoek

Het is verheugend, dat de laatste jaren de belangstelling voor de chirurgische behandeling van nierarteriestenosen is toegenomen. Dat blijkt ook uit recente publikaties in dit tijdschrift. Daarbij wordt nagenoeg alleen aandacht geschonken aan het effect van de behandeling van de nierarterie-afwijking op de bloeddruk. Ten minste even belangrijk is de nierarteriereconstructie voor het behoud van de nier achter de stenose (de beste van de twee!). We hebben immers in de meeste gevallen te maken met een progressief proces. Alleen al om die reden is het speuren naar een dergelijke stenose van groot belang.

Bij de behandeling van de renovasculaire hypertensie staan twee vragen voorop: 1. Hoe kan de nier behouden blijven? 2. Op welke wijze kan de doorbloeding van de nier achter de stenose optimaal hersteld worden? Bij de chirurgische behandeling van de renovasculaire hypertensie is er nauwelijks plaats voor primaire nefrectomie. Het is toch al te dwaas om een goed gezonde nier te verwijderen, alleen omdat de toevoerende arterie ziek is. Bovendien bestaat zowel bij de arteriosclerose als bij de fibromusculaire dysplasie de kans, dat na de nefrectomie aan de ene kant de arterie van de contralaterale nier wordt aangetast, met alle gevolgen van dien.

Het aantal nefrectomieën, dat in de publikatie van HOEFNAGELS en medewerkers (1979) genoemd wordt, is bijzonder groot. Afgezien van de afgesloten bypassplastieken (op pagina 160 wordt gesproken over 4 nefrectomieën wegens afsluiting van de veneuze bypass; twee bladzijden verder zijn er dat 7) is het niet duidelijk, waarop de indicatie tot nefrectomie gebaseerd was. Het grote aantal nefrectomieën bij patiënten met fibromusculaire dysplasie (tabel 1) doet veronderstellen, dat in vele gevallen de lokalisatie of de uitgebreidheid van de arteriële laesies de reden is geweest, dat tot nefrectomie werd overgegaan. In dit verband dient uitdrukkelijk vermeld te worden, dat zowel bij patiënten met afwijkingen die zich over de gehele lengte van de hoofdarterie uitstrekken, als bij uitbreiding van de laesies tot in de vertakkingen van de hoofdarterie, zowel bij aanwezigheid van stenosen in de segmentale arteriën, als ook bij totale afsluiting van de hoofdarterie en bij afgesloten bypassplastieken nagenoeg altijd technisch gezien een totale reconstructie met volledig herstel van de doorbloeding van de nier mogelijk is, ook wanneer de aortawand ernstig arteriosclerotisch veranderd is. Een indicatie tot nefrectomie bestaat slechts dan, wanneer door proefexcisie is aangetoond, dat het percentage fibrotisch geworden en gehyaliniseerde glomeruli zó groot is, dat behoud van de nier zinloos is, maar dat is slechts zelden het geval.

Bij 47 patiënten vond revascularisatie plaats aan een zijde en bij 4 patiënten beiderzijds met behulp van een veneuze bypassplastiek. Dat is een eenvoudige methode, maar in de vaatchirurgie is de eenvoudigste methode niet altijd de beste, zeker niet in de chirurgie van de nierarteriën. Bij toepassing van een veneuze bypassplastiek zonder meer zijn de hemodynamische verhoudingen zo slecht, dat vrijwel nooit een optimaal herstel van de doorbloeding van de nier bereikt wordt; de doorstroming van de nier blijft gemiddeld 35% onder de normale waarden. Er zijn betere reconstructiemethoden, die — wat hemodynamiek betreft — wel aan de eisen voldoen, zoals de reïmplantiertechniek en de veneuze interpositiemethode, beide in

combinatie met een ostiumplastiek. Het is zeer waarschijnlijk, dat een verklaring voor de slechte resultaten met betrekking tot de hypertensie, waarover bericht wordt, en mogelijk ook voor het grote aantal afsluitingen van de bypasstransplantaten gezocht moet worden in het gebruik van een methode, die slechts tot een gedeeltelijk herstel van de doorbloeding van de nier leidt. In ieder geval zijn de bereikte resultaten aanzienlijk slechter dan die welke in de wereldliteratuur worden vermeld (MACGREGOR en CADE (1975); verzamelstatistiek betreffende 2281 patiënten: 50% „cure rate” en 30% „improvement rate”. Eigen verzamelstatistiek (1975) over 1471 patiënten: 48% „cure rate” en 29% „improvement rate”. 551 eigen patiënten: 60,4% „cure rate” en 23,6% „improvement rate”) en is het aantal afsluitingen van de bypassplastieken in de onderzochte groep (ten minste 14%) uitzonderlijk hoog. De resultaten, die de schrijvers bij hun patiënten vermelden, zouden nog slechter uitgevallen zijn, indien de auteurs zich wat „normale” bloeddruk betreft gehouden hadden aan de norm van de WHO, die ook in de (chirurgische) literatuur gebruikt wordt (bloeddruk normaal indien diastolische druk \leq 90 mm kwik). Ook de stijging van de bloeddruk, die bij een aantal patiënten in de loop van het eerste jaar na de operatie werd waargenomen, kan aan de bypassmethode worden toegeschreven. De slechte hemodynamiek van een dergelijke plastiek is de oorzaak van secundaire wandveranderingen en dus van nieuwe vernauwingen, die meestal in het begin van het veneuze transplantaat ontstaan. In deze gevallen was een hernieuwd arteriografisch onderzoek zeker geïndiceerd geweest.

Terecht vermelden de schrijvers zelf, dat de samenstelling van de nefrectomie-groep niet vergelijkbaar is met de revascularisatie-groep. In feite is de revascularisatie-groep zo heterogeen, dat het ons niet juist lijkt de resultaten van alle patiënten, bij wie een revascularisatie-operatie werd verricht, als één geheel te beoordelen. In totaal waren er 11 patiënten met een „stenose van 100%”, dus met een totale afsluiting. Ongetwijfeld heeft bij enige van deze patiënten een revascularisatie-operatie plaatsgevonden. Het is niet correct deze patiënten samen met de patiënten, bij wie slechts een stenose bestond, in één groep onder te brengen. Zij vormen een aparte categorie.

Ook de patiënten met een bilaterale stenose vormen een aparte groep, zeker wanneer van de 12 patiënten met stenosen beiderzijds slechts 4 met een bypassplastiek beiderzijds behandeld werden. Bij de andere 8 patiënten bestond dus nog een stenose aan de niet-geopereerde kant! Op welke wijze is vastgesteld, dat de stenose aan de niet-geopereerde kant hemodynamisch niet actief is? Men krijgt de indruk, dat bij deze 8 patiënten de tweede stenose niet geopereerd is, omdat die arteriografisch niet zo belangrijk leek. Het lijkt ons echter van belang er nadrukkelijk op te wijzen, dat het op grond van het arteriografische beeld niet mogelijk is een uitspraak over het al dan niet hemodynamisch actief zijn van een nierarteriestenose te doen, niet bij een arteriosclerotische vernauwing, en zeker niet bij de fibromusculaire dysplasie!

Tenslotte de laatste zin: „Bij oudere patiënten kan vermoedelijk dikwijls worden volstaan met een medicamenteuze behandeling”. Terecht drukken de schrijvers zich zeer voorzichtig uit. In de laatste zin van de samenvatting blijkt die voorzichtigheid grotendeels verdwenen te zijn: „Het verdient de voorkeur oudere patiënten....”. Ik laat in het midden of deze uitspraak al dan niet correct is, maar de lezer zoekt in de tekst tevergeefs naar gegevens, waarop deze bewering gebaseerd is. In een samenvatting dient men zich te houden aan de inhoud van een artikel.

We hebben alle respect voor het vele werk, dat door de schrijvers is gedaan, maar wij missen de belangrijkste conclusie, die mede op grond van dit na-onderzoek moet worden gemaakt: de resultaten van de aorto-renale bypass-operaties en dus de resultaten, die bij de onderzochte patiënten werden verkregen, zijn geen maatstaf voor de waarde van de revasculariserende nierarteriechirurgie.

Literatuur: DONGEN, R. J. A. M. VAN en E. D. SCHWILDEN (1975) In: BAUMGARTL, KREMER en SCHREIBER, *Spezielle Chirurgie für die Praxis*, bl. 794. Georg Thieme, Stuttgart. — HOFNAGELS, W. H. L., TH. THIEM, S. P. STRIJK e.a. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 159. — MACGREGOR, A. M. C. en J. R. CADE (1975) *Surg. Gynec. Obstet.* 140, 97.

Amsterdam, februari 1979

R. J. A. M. VAN DONGEN
E. D. SCHWILDEN

Wij zijn verheugd over de uitvoerige aandacht die ons artikel heeft gekregen van de vaatchirurgen VAN DONGEN en SCHWILDEN, die als specialisten gelden op dit terrein. Alvorens puntsgewijs in te gaan op de door hen geuite kritiek willen wij er nog eens op wijzen dat in de titel van de publikatie duidelijk is aangegeven dat het een retrospectief onderzoek betreft. Wij zijn ons bewust van de nadelen die inherent zijn aan dit soort van onderzoek.

1. Uit de literatuur van de laatste jaren is ons niet gebleken dat de belangstelling voor de chirurgische behandeling van nierarteriestenosen is toegenomen. Men kan echter wel constateren dat steeds meer aandacht wordt geschonken aan onderzoek dat gericht is op een goede indicatiestelling voor chirurgische behandeling van renovasculaire hypertensie. Wanneer gebleken is dat een nierarteriestenose van betekenis is voor het in stand houden van de hypertensie, kan een chirurgische ingreep overwogen worden. Vanzelfsprekend verdient dan de chirurgische ingreep, waarbij de nier achter de stenose behouden blijft (revascularisatie), de voorkeur boven een nefrectomie. Het behoud van de nier op zichzelf is echter zelden de primaire indicatie tot vaatreconstructie. Vaatvernauwingen aan de nierarteriën komen zeer frequent voor bij patiënten ouder dan 50 jaar — al of niet met hypertensie — en leiden slechts bij uitzondering tot nierinsufficiëntie (EYLER e.a. 1962; DUSTAN e.a. 1964; HOLLEY e.a. 1964).

2. Zoals blijkt uit de beschrijving van de patiëntengroepen (bl. 160) werden vóór 1970 overwegend nefrectomieën uitgevoerd en na 1970 overwegend bypassoperaties. Het relatief grote aantal nefrectomieën in dit na-onderzoek is dus vooral een historisch gegeven. In ons artikel hebben wij gesteld dat het type operatie slechts van ondergeschikt belang is voor zover het gaat om het effect op de bloeddruk.

Het lijkt ons niet juist te stellen dat een nefrectomie alleen dan mag worden verricht, wanneer bij een profexicisie fibrose en hyalinisatie van glomeruli zijn gevonden. Het is bekend dat histologische gegevens, verkregen door een nierbiopsie, onvoldoende informatie geven over de functionele waarde van de nier.

Inderdaad wordt op bl. 160 gesproken over 4, en op bl. 162 over 7 nefrectomieën na afsluiting van de veneuze bypass. Beide getallen zijn echter correct omdat slechts van 4 van de 7 patiënten voldoende follow-up-gegevens beschikbaar waren om betrokken te kunnen worden in het na-onderzoek naar het effect op de bloeddruk.

3. De resultaten van operatieve behandeling vallen in ons

na-onderzoek inderdaad minder goed uit dan in de „wereld-literatuur” wordt opgegeven. Men moet echter voorzichtig zijn met verzamelstatistieken, omdat hierin vaak gegevens bijeengevoegd worden van verschillende auteurs die meestal niet dezelfde selectie- en beoordelingscriteria hanteren. Collegae VAN DONGEN en SCHWILDEN beschikken zelf over een indrukwekkende ervaring gezien het grote aantal geopereerde patiënten (551) en de bereikte resultaten (60,4% „cured”). Het is daarom jammer dat verdere relevante gegevens, of een literatuurverwijzing, niet worden genoemd. In de wel genoemde literatuurverwijzing naar de eigen verzamelstatistiek (VAN DONGEN en SCHWILDEN 1975) vonden wij een door hen geopereerd patiëntenaantal van 303 van wie 71,1% „cured”. Ook bij deze cijfers ontbreken elementaire gegevens als leeftijd van de patiënt, aard en ernst van de vaatlaesie, indicaties voor een operatieve ingreep, onderzoek naar de functionele betekenis van de stenose, pre- en postoperatieve bloeddrukwaarden, enz.

4. Collegae VAN DONGEN en SCHWILDEN noemen een aantal mogelijke oorzaken voor de tegenvallende resultaten in ons onderzoek. De door hen genoemde punten zijn voor ons echter niet overtuigend.

a. Een veneuze bypass is in ervaren handen een goede operatie-techniek voor revascularisatie van de nier (DEAN 1977). Wij vonden in de literatuur géén aanwijzingen dat de chirurgische technieken die VAN DONGEN en SCHWILDEN noemen, een betere nierdoorbloeding geven en daardoor vaker tot een normale bloeddruk zouden leiden. Het is ons niet duidelijk waarop de veronderstelling van VAN DONGEN en SCHWILDEN berust, dat een veneuze bypass slechts tot gedeeltelijk herstel van de nierdoorbloeding leidt. Gegevens over de bepalingmethoden van nierdoorbloeding worden niet vermeld.

b. Trombose van de veneuze bypass (in ons na-onderzoek ten minste 14%) trad niet vaker op dan in de literatuur over het algemeen wordt opgegeven.

c. Van de 11 patiënten met een totale afsluiting van de nierarterie aan een kant, ondergingen 4 een veneuze bypassoperatie. Bij 1 patiënt werd de bloeddruk normaal, bij 2 patiënten was sprake van verbetering en bij 1 patiënt bleef de bloeddruk onveranderd.

d. Van de 12 patiënten met aan beide zijden een nierarterie-stenose ondergingen 8 een veneuze bypassoperatie aan een kant. Hiermee kon worden volstaan, omdat bij 6 patiënten het gescheiden renine-onderzoek een significante ratio opleverde, terwijl bij 2 patiënten sprake was van een minimale contralaterale stenose.

5. Inderdaad sluit de laatste zin van het artikel meer correct aan op de resultaten van het onderzoek dan de laatste zin van de samenvatting. Wij willen echter gaarne nog eens accentueren, dat uit zeer veel onderzoekingen blijkt dat de resultaten, voor zover het gaat om bloeddrukdaling, bij oudere patiënten (ouder dan 55 jaar) tegenvallen en met een niet te onderschatten mortaliteit en morbiditeit gepaard gaan. Het ware dan ook te wensen geweest, wanneer VAN DONGEN en SCHWILDEN toch de juistheid van de slotzin van de samenvatting duidelijk zouden hebben onderschreven. Wij willen geenszins de waarde van de revasculariserende nierarteriechirurgie onderschatten. Integendeel, het is een waardevolle bijdrage in de behandeling van een waarschijnlijk betrekkelijk kleine (SWALES 1976; TUCKER en LABARTHE 1977) zorgvuldig geselecteerde (SHAPIRO e.a. 1976) groep patiënten met renovasculaire hypertensie.

Literatuur: DEAN, R. H. (1977) In: R. RUTHERFORD, *Vas-*

cular surgery, bl. 1007. Saunders, Londen. — DONGEN, R. J. A. M. VAN en E. SCHWILDEN (1975) In: BAUMGARTL, KREMER en SCHREIBER, *Spezielle Chirurgie für die Praxis*, bl. 794. Georg Thieme, Stuttgart. — DUSTAN, H. P., A. W. HUMPHRIES, V. G. DE WOLFE e.a. (1964) *J. Amer. med. Ass.* 187, 1028. — EYLER, W. R., N. O. CLARK, J. E. GARMAN e.a. (1962) *Radiology* 78, 879. — HOLLEY, K. E., J. C. HUNT, A. L. BROWN e.a. (1964) *Amer. J. Med.* 37, 14. — SHAPIRO, A. P., R. H. McDONALD Jr. en E. SCHEIB (1976) *Amer. J. Cardiol.* 37, 1065. — SWALES, J. D. (1976) *Lancet* I, 577. — TUCKER, R. M. en D. R. LABARTHE (1977) *Proc. Mayo Clin.* 52, 549.

Nijmegen, maart 1979

W. H. L. HOEFNAGELS
TH. A. B. M. THIEN
S. P. STRIJK
S. H. SKOTNICKI

De betekenis van allergologisch onderzoek bij geneesmiddelen-erupties

Het komt me niet gelukkig voor dat VAN KETEL (1979) in zijn lezenswaardig commentaar over geneesmiddelen-erupties de verouderde term „toxicodermie” als dermatologisch spraakgebruik kwalificeert. Deze term werd einde vorige eeuw door J. JADASSOHN ingevoerd. Zijn leerling R. L. MAYER, bekend door zijn baanbrekend onderzoek over sensibilisatie door „Körper von Chinonstruktur”, gebruikt „Toxicodermien” als titel voor zijn handboekbijdrage,

waarin hij stelt dat hij hieronder huidafwijkingen met allergische maar ook met andere pathomechanismen verstaat. Hieronder komen geneesmiddelen voor maar ook niet-medicamenteuze sensibiliserende of toxische stoffen. Dit komt ook overeen met wat VAN KETEL stelt. Geneesmiddelen-erupties lijkt me dan ook een juiste titel, eventueel geneesmiddelen-eruptie. Toxicodermie kan m.i. beter uit ons spraakgebruik verdwijnen, nu we zoveel preciezere termen hebben om aan te geven wat we bedoelen.

Literatuur: KETEL, W. G. VAN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 349. — MAYER, R. L. (1933) Toxicodermien. In: J. JADASSOHN, *Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*, dl. 4, bl. 2. Berlijn.

Warmond, maart 1979

M. K. POLANO

Zoals uit de titel en de eerste alinea van mijn commentaar blijkt, ben ik evenmin als prof. POLANO gelukkig met de term „toxicodermie” in plaats van geneesmiddelen-eruptie. Dit neemt niet weg, dat vele dermatologen in het spraakgebruik nog vaak deze term hanteren, welke overigens ook in de literatuur nog steeds wordt gebruikt. JANSEN (1975) stelt in zijn boek *Huid- en geslachtsziekten* in een definitie van toxicodermie eveneens, dat deze niet altijd door geneesmiddelen wordt veroorzaakt. Hij gebruikt verder echter in dit hoofdstuk bij de bespreking van geneesmiddelen-erupties veelvuldig het woord „toxicodermie”.

Literatuur: JANSEN, L. H. (1975) *Huid- en geslachtsziekten*, bl. 329. Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht.

Amsterdam, maart 1979

W. G. VAN KETEL

BERICHTEN

Binnenland

VERENIGINGSNIEUWS

Het nieuwe bestuur van de *Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie* is als volgt samengesteld: prof. dr. A. A. HASPELS, voorzitter; dr. H. C. S. WALLENBURG, 1e secretaris (Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, Rotterdam; tel. 010-639222); dr. J. B. MAATHUIS, 2e secretaris; dr. H. T. LIM, penningmeester; dr. L. A. SCHELLENKENS, lid; E. BLOKZIJL, assessor.

CONGRESSEN, VERGADERINGEN, CURSUSSEN

Symposium „Anticonceptie in de dagelijkse praktijk”. — Op dinsdag 8 mei a.s. zal in het Hotel Valuas, Urbanusweg 9-11 te Venlo, onder voorzitterschap van E. P. M. LOHMAN, huisarts te Sevenum, een symposium worden gehouden over „Anticonceptie in de dagelijkse praktijk”. Aanvang: 19.00 uur.

Programma: Mw. W. A. SONNEGA-NEDER HELMAN (Oss), Opening; dr. H. J. VAN GEUNS (Venlo), De pil ongecompliceerd?; P. KLIJS (Boxmeer), Het IUD een gemakkelijk alternatief?; J. C. M. N. VAN DER MEULEN (Venray), Sterilisatie een kleine ingreep?; J. J. C. M. KORNMAN

(Roermond), Anticonceptie-keuze toch moeilijker dan u denkt!; E. P. M. LOHMAN (Sevenum), Paneldiscussie.

Inlichtingen bij Organon Nederland BV, Oss; tel. 04120-24373, toest. 43.

De Landelijke Vereniging van Farmaceutische Industrie-artsen zal op 18 mei a.s. in het Dr. Saal van Zwanenberg auditorium te Oss een conferentie „Farma-communicatie” houden. Aanvang: 10.00 uur.

Programma: Informatie over geneesmiddelen. D. MULDER, arts, Rol van de farmaceutische industrie; H. A. NOLET, arts, Informatiewensen van de huisarts; industrie; H. A. NOLET, arts, Informatiewensen van de huisarts; P. A. J. THISSEN, arts, Regulering van de informatie van de farmaceutische industrie. — Bijwerkingen van geneesmiddelen. Mw. A. M. VERNOOY, arts, en drs. N. W. VAN PUTTE, Literatuuronderzoek, monitoring en bijwerkingrapportage door de farma-industrie; R. H. B. MEYBOOM, arts, Bijwerkingrapportage, een overheidsvisie; prof. dr. F. STURMANS, Tracering van bijwerkingen door epidemiologisch onderzoek. De discussie zal worden geleid door prof. dr. J. F. RANG (bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht).

Inlichtingen bij mw. C. BOERMAN-ARENSEN, arts, secretariaat F.I.A., Hendriklaan 7, 5342 GN Oss; tel. 04120-62132 (kantooruren) of 04120-23520 (na 18.00 uur).