

Ook deze patiënte vertoont 8 jaar na de behandeling geen tekenen van recidief of metastasen.

In precies 5 kolomregels tekst worden in de „beschouwing” de nadelen van exconisatie „breed uitgemeten”. De obstetrische complicaties na therapeutische conisaties, waarbij de top van de conus moet reiken tot het ostium internum cervicis, zijn onzes inziens niet wezenlijk verschillend van die van de portio-amputatie. Op grond van in de literatuur vermelde percentages van exconisaties, waarbij in de conus een invasief carcinoom wordt aangetroffen en mogelijk door tumorweefsel kan worden gesneden, lijkt het aannemelijk dat deze procedure door versleping van tumorcellen een iatrogene metastasering ten gevolge heeft. Een casuïstische mededeling van STOLK e.m. in dit tijdschrift (1977) is in dit verband illustratief. De desbetreffende patiënte overleed 6 maanden na een diagnostische exconisatie.

Het is duidelijk dat de uterusextirpatie geen ingreep is om op lichtvaardige indicatie te verrichten. Het besluit hiertoe werd steeds in overleg met de patiënte en haar partner genomen. Ofschoon wij geen systematisch onderzoek hebben gedaan naar het aantal spijtoptanten in onze patiëntengroep, is tijdens het na-onderzoek op generlei wijze gebleken dat er patiënten waren die hun beslissing betreunden. 65 van de 89 vrouwen waren 40 jaar of ouder, hetgeen in deze groep een argument te meer was voor het verrichten van hysterectomie.

Het misverstand omtrent de derde opmerking kan worden opgehelderd door het oorspronkelijke artikel nog eens goed te lezen. Onder het hoofd „therapie”, waar een overzicht wordt gegeven van de verschillende opvattingen van auteurs omtrent behandeling en na-onderzoek, wordt enkele malen het artikel van KOLSTAD en KLEM (1976) vermeld. De strekking van dit artikel is ook ons niet ontgaan, vandaar dat wij besluiten met: „Sommigen (auteurs) adviserenetc.” In het slot van de „beschouwing” (bl. 696), waar wij onze eigen visie hieromtrent motiveren zal collega TE VELDE tevergeefs zoeken naar bovengenoemde literatuurverwijzing.

Recidieven van carcinoma in situ en zelfs invasief carcinoom na hysterectomie worden door verschillende auteurs beschreven. Helaas is het vaak niet mogelijk om te differentiëren tussen echte recidieven, „recidieven” ten gevolge van het in eerste instantie onjuist beoordelen van het operatiepreparaat en laesies primair uitgaande van het vagina-epitheel.

Voor ons is nog niet duidelijk bewezen dat de vaginatoprecidieven na hysterectomie wegens carcinoma in situ van de cervix uteri significant meer voorkomen dan het aantal primaire in situ vaginacarcinomen in een normale populatie. Wij wijzen in dit verband op een recente publicatie van KIRKUP e.a. (1979).

Er zijn vele wegen die naar Rome leiden. Wij danken collega TE VELDE voor de enthousiaste wijze waarop hij de „Utrechtse weg” beschreven heeft. Wij hopen duidelijk gemaakt te hebben, dat onze weg niet zo „gevaarlijk” is als in zijn ingezonden schrijven wordt beweerd.

Literatuur: KIRKUP, W., A. SINGER en A. S. HILL (1979) *The Lancet* II, 22. — STOLK, J. G., J. L. MASTBOOM, G. P. VOOYS e.a. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1220.

Rotterdam, juli 1979

P. J. H. VAN KEMPEN
H. P. V. M. HOYNCK
VAN PAPENDRECHT
H. P. CREMERS
J. C. HAGE

Resultaten van chirurgische behandeling van renovasculaire hypertensie; een retrospectief onderzoek

Enige opmerkingen, die in ons ingezonden stuk (1979) betreffende de publicatie van collega HOEFNAGELS c.s. (1979a) voorkwamen, blijken door ons te beknopt weergegeven te zijn. In een ingezonden mededeling moet men zich nu eenmaal tot het meest wezenlijke beperken. Mogelijk dat een nadere toelichting ertoe bijdraagt ons standpunt te verduidelijken, waarbij we de puntsgewijze beantwoording van collega HOEFNAGELS c.s. (1979b) volgen.

1. Collega HOEFNAGELS en medewerkers menen dat het behoud van de nier en het voorkómen van nierinsufficiëntie slechts zelden een indicatie is om tot reconstructie van een vernauwde nierarterie over te gaan en zij refereren aan publicaties uit 1962 en 1964. Wij zijn het er volledig mee eens, dat 15 jaar geleden een dergelijke indicatie nauwelijks bestond. De medicamenteuze behandeling van de hypertensie stond toen nog in de kinderschoenen en de levensverwachting van patiënten met hypertensie was kleiner. Deze patiënten overleden aan de complicaties van hun hypertensie, voordat de stenose van hun nierarterie(n) in een complete afsluiting was overgegaan. Nierarteriestenose leidde toen inderdaad slechts zelden tot een nierinsufficiëntie. Dank zij de medicamenteuze behandeling is de levensverwachting van deze patiënten echter aanmerkelijk verbeterd. Zij bereiken een hogere leeftijd, maar intussen neemt de vernauwing van de nierarterie(n) toe. Arteriosclerose is immers een progressief proces waardoor vaak beide nierarteriën worden aangetast. Dit geldt ook voor de fibromusculaire dysplasie, met uitzondering van de media-fibroplasie, die meestal na het 40e levensjaar tot stilstand komt. De kans dat de patiënt op het ogenblik dat de vernauwde nierarterie totaal raakt afgesloten nog in leven is, wordt dus groter. Het klinkt paradoxaal, maar de kans op een toenemend aantal nierinsufficiënties bij oudere patiënten zal groter worden naarmate de resultaten van de medicamenteuze behandeling van hypertensie beter zijn. Hoewel onderzoek hierover nog ontbreekt, ons althans niet bekend is, vormt deze logische gedachtengang voor ons een argument om het behoud van de nier als een belangrijke indicatie tot vaatreconstructie te beschouwen. Dit standpunt wordt door de feiten ondersteund. In toenemende mate worden we geconfronteerd met patiënten met een door afsluiting van beide nierarteriën veroorzaakte nierinsufficiëntie, bij wie een hypertensie, waarvan het oorzakelijke verband met een nierarteriestenose bekend was, gedurende vele jaren met antihypertensiva werd behandeld.

2. Onze vraag wat de indicatie tot primaire nefrectomie bij zo vele patiënten was, werd door collega HOEFNAGELS en medewerkers niet beantwoord, zodat we menen te mogen aannemen dat onze veronderstelling, dat de lokalisatie en (of) de uitbreiding van de laesies van de nierarterie bij de indicatiestelling een rol gespeeld hebben, juist is. Wij zouden er nogmaals op willen wijzen, dat deze factoren geen reden mogen zijn om een overigens gezond orgaan te verwijderen! Nefrectomie kan alleen geïndiceerd zijn: a. wanneer de nier onherroepelijk verloren is en terugkeer van de functie uitgesloten geacht moet worden, b. wanneer de (algemene of cardiale) toestand van de patiënt geen reconstructieve operatie toelaat.

3. De opmerking dat in verzamelstatistieken gegevens bijeengevoegd worden van verschillende auteurs, die meestal niet dezelfde selectie en beoordelingscriteria han-

teren, is juist. Maar geldt dat zelfde niet ook voor de vergelijking van de meeste individuele statistieken? Hoe moeilijk het vaak is om statistieken te vergelijken blijkt uit het tweede gedeelte van punt 3, waarin collega HOEFNAGELS en medewerkers er ons op attenderen, dat we in 1975 bij 303 geopereerde patiënten een „cure rate” van 71,1% bereikten, terwijl we in ons ingezonden stuk geheel andere resultaten vermeldde (551 patiënten; 60,4% „cured”). Het zal collega HOEFNAGELS bij het lezen van de tekst echter niet ontgaan zijn, dat de resultaten van 1975 betrekking hadden op slechts 2 categorieën van de door ons geopereerde patiënten, namelijk patiënten met een nierarteriestenose aan een zijde en patiënten met beiderzijds nierarteriestenosen, zonder andere simultaan behandelde afwijkingen. Nemen we alle categorieën samen (inbegrepen de nierarterieafsluitingen, afsluiting aan één kant en stenose van de contralaterale arterie, stenose en afsluiting van drie of meer nierarteriën, nierarterieafsluiting of -stenose in combinatie met laesies van de intestinale arteriën, nierarterieafwijkingen bij aorta-aneurysmata, ascenderende aortatrombose, enz.) dan wordt een aantal van 551 bereikt. De resultaten van de totale groep (60,4% „cure rate”; 23,6% „improvement rate”) mogen dus niet zonder meer vergeleken worden met die van de in 1975 vermelde groep patiënten. De resultaten van al onze nierarterie-operaties zijn onlangs op het vaatchirurgisch symposium in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam uitvoerig behandeld.

4. a. Bij een veneuze bypassplastiek laten de hemodynamische verhoudingen te wensen over (SZILAGYI e.a. 1960; WESOLOWSKI e.a. 1965; MALAN e.a. 1969). Door de deviatie van de bloedstroom, turbulentie en andere factoren treedt verlies aan drukenergie op, zodat geen optimale doorstroming van de bypass bereikt wordt. Bij toepassing van de bypasstechniek bij afsluitingen van de arteriën van de extremiteten zijn de consequenties daarvan gering. Bij reconstructie van een nierslagader is echter vereist, dat de doorbloeding zo optimaal mogelijk wordt hersteld. Flowmetingen, die wij tijdens een groot aantal nierarterie-operaties hebben verricht, bevestigden dat de doorstroming van een bypassplastiek (die we vroeger ook hebben uitgevoerd) geringer is dan die welke bij de andere in ons ingezonden stuk genoemde reconstructiemethoden wordt bereikt.

b. Het antwoord van collega HOEFNAGELS en medewerkers is verhelderend geweest wat betreft het verrichten van een revasculariserende operatie aan één zijde bij een bilaterale nierarteriestenose. We spraken er onze bevrediging over uit, dat bij een aantal patiënten met beiderzijds stenosen alleen de belangrijkste stenose was geopereerd en niet de minder ernstige stenose aan de andere kant. In het oorspronkelijke artikel stond op pagina 160 vermeld: „Er werd (bij de retrospectieve beoordeling van de nierarteriogrammen) een schatting gemaakt van de ernst van de belangrijkste stenose”. Uiteraard was bedoeld: de belangrijkste van de bilaterale stenosen. Dit blijkt ook uit de tussen haakjes geplaatste zin die erop volgt. Men kan het ons dus niet kwalijk nemen dat we veronderstellen, dat de indicatie tot revascularisatie aan een kant gesteld was op basis van de arteriografische gegevens, en daar meenden we kritiek op te moeten hebben. Uit het antwoord van collega HOEFNAGELS blijkt echter, dat de indicatie tot eenzijdige behandeling bij 6 van de 8 patiënten met bilaterale nierarteriestenosen werd gesteld op basis van de uitkomsten van het gescheiden renine-onderzoek. De waarde van dit onderzoek is echter bij bilaterale stenosen gering en ten minste twijfelachtig. In ieder geval mag op grond van een gevonden ratio groter dan 1,5 niet worden geconcludeerd, dat

de stenose aan de kant van de laagste PRA geen hemodynamisch effect heeft! Wij zelf hechten meer waarde aan de gegevens die tijdens de operatie kunnen worden verkregen betreffende de ernst van de minst belangrijke stenose (palpatie van het stenotische segment, bepaling van de drukgradiënt, flowmeting, instrumentale meting van het restlumen, enz.). Wij zijn ons wel bewust dat het ook met behulp van deze gegevens niet in alle gevallen mogelijk is de indicatie tot bilaterale reconstructie met zekerheid te stellen. Ervaring speelt een belangrijke rol. We staan echter op het standpunt dat het in geval van twijfel de voorkeur verdient ook de „minder belangrijke” stenose in dezelfde zitting te corrigeren. Wordt een lichte of matige stenose van de contralaterale nierarterie niet behandeld, dan zal een latere correctie, die in verband met de progressie van het proces niet zelden noodzakelijk zal zijn, operatief-technisch op ernstige moeilijkheden stuiten. Wij menen dit standpunt te mogen innemen, omdat bij onze patiënten de operatiesterfte en -morbiditeit na bilaterale reconstructie niet slechter zijn dan na reconstructie aan één zijde.

5. De slotzin van de desbetreffende publikatie kunnen we om twee redenen niet onderschrijven. Weliswaar is de „cure rate” van de geopereerde patiënten boven 45 jaar kleiner dan die van jongere patiënten, maar wanneer we de „success rate”, dus de som van de „cure rate” en de „improvement rate” bij de door ons geopereerde patiënten boven 45 jaar vergelijken met die van patiënten onder 45 jaar, is er nauwelijks verschil. De indicatie tot revascularisatie bij patiënten boven 45 jaar wint nog aan belangrijkheid wanneer we het behoud van de nier erbij betrekken. Een oudere patiënt heeft er evenveel recht op zijn nier te behouden als een jongere!

We hopen, dat collega HOEFNAGELS en medewerkers ervan overtuigd zijn, dat het niet in de eerste plaats de bedoeling van ons ingezonden stuk was om kritiek uit te oefenen op indicatiestellingen, op bepaalde operatiemethoden en -resultaten, of op andere onderdelen van het door hen verrichte retrospectieve onderzoek. We hadden slechts één doel voor ogen: een pleidooi te houden voor het behoud van een in wezen gezonde nier. Ook een sterke verkleining van een nier en uitgebreide laesies van de nierarterie die zich tot in de hilus uitbreiden, vormen geen indicatie tot nefrectomie. Maar al te vaak kunnen we vaststellen dat dergelijke nieren zich na revascularisatie volledig herstellen, ook functioneel.

Literatuur: DONGEN, R. J. A. M. VAN en E.-D. SCHWILDEN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 724. — HOEFNAGELS, W. H. L., TH. THIEN, S. P. STRIJK e.a. (1979a) *Ned. T. Geneesk.* 123, 159; (1979b) 123, 725. — MALAN, E., G. NOSEDA en T. LONGO (1979) *Surgery* 66, 994. — MALAN, E., U. RUBERTI (1969). *J. cardiovasc. Surg.* 10, 440. — SZILAGYI, D. E., J. G. WHITCOMB e.a. (1960) *Surgery* 47, 55. — WESOLOWSKI, S. A., CH. C. FRIES e.a. (1975) *Surgery* 57, 155.

Amsterdam, juni 1979

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

De collegae VAN DONGEN en SCHWILDEN willen wij het volgende antwoorden.

1. De stelling dat „een verbetering van de medicamenteuze behandeling van hypertensie de kans op een toenemend aantal nierinsufficiënties bij oudere patiënten zal vergroten” wordt niet gesteund door literatuurgegevens en is bovendien onlogisch. Hypertensie leidt immers op zichzelf tot een voortschrijding van het atherosclerotische proces en daardoor tot een toenemende kans op afsluiting van

nierarteriën. Een medicamenteuze verlaging van de bloeddruk zal dit proces dan ook eerder vertragen dan bespoedigen. Vaatafwijkingen aan nierarteriën bij patiënten met hypertensie moeten in het merendeel der gevallen slechts dan chirurgisch worden gecorrigeerd wanneer er een gereede kans bestaat dat hierdoor de bloeddruk adequaat en blijvend wordt verlaagd. Hiermee wil niet gezegd zijn dat in sommige gevallen herstel of behoud van nierfunctie niet de belangrijkste overweging kan zijn om tot een vaatchirurgische ingreep over te gaan. Dit valt echter buiten het kader van het na-onderzoek dat erop gericht was de resultaten na te gaan van een operatieve ingreep, die uitdrukkelijk was verricht om een bloeddrukverlagend effect te bereiken.

2. Wij hebben duidelijk gesteld dat naar onze mening een vaatchirurgische ingreep de voorkeur verdient boven een nefrectomie. In het na-onderzoek werden wij geconfronteerd met een vrij groot aantal nefrectomieën, grotendeels verricht in een tijd dat de vaatchirurgie nog in ontwikkeling was. Het was niet in alle gevallen te achterhalen welke overwegingen er destijds toe hadden geleid om een nefrectomie te verrichten in plaats van een vaatchirurgische ingreep. Zeker zullen destijds in bepaalde gevallen chirurgisch-technische problemen van doorslaggevende betekenis zijn geweest. Inderdaad kan tegenwoordig een vaatchirurgische ingreep vrijwel altijd worden uitgevoerd.

Aangezien wij onze voorkeur voor een vaatchirurgische ingreep reeds eerder hebben uitgesproken doet de oproep van de brieven schrijvers om toch vooral „de gezonde nier te behouden” nogal overdreven aan. Dit wekt de indruk alsof wij het tegendeel zouden hebben beweerd.

3. Wij hebben slechts naar voren willen brengen dat een percentage „cure rate”, of dit nu 71,1 of 60,4 bedraagt, op zichzelf weinig zeggend is zolang de lezer niet geïnformeerd wordt over essentiële gegevens als leeftijdsopbouw van de patiëntengroep, ernst en duur van de hypertensie, ernst en aard van de vaatlaesies, uitkomsten van het gescheiden renine-onderzoek of ander onderzoek dat werd verricht om de functionele betekenis van de stenose vast te leggen etc.

4. Het gescheiden renine-onderzoek is nog steeds één van de belangrijkste pre-operatieve methoden om de functionele betekenis van een nierarteriestenose vast te stellen. Een ratio van meer dan 1,5 is hiervoor maatgevend, ongeacht of het om een unilaterale of bilaterale stenose gaat. Wanneer men echter, ook na adequate stimulatie, géén of nauwelijks verhoogde reninewaarden vindt, zoals bij een ernstige bilaterale stenose voorkomt, kan men aan dit onderzoek geen conclusies verbinden. Zeker kunnen ook de per-operatieve bevindingen zoals VAN DONGEN en SCHWILDEN aangeven, doen besluiten om al dan geen beiderzijdse reconstructie te verrichten.

5. Terughoudendheid om tot vaatreconstructie over te gaan blijft naar onze mening, en naar die van velen in de literatuur, geboden als het gaat om oudere hypertensiepatiënten met atherosclerotische vaatlaesies.

Nijmegen, juli 1979

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

BERICHTEN

Doorlopende agenda

1979

Augustus

- 19 Arnhem, Med. Wielerkring Nederland, bl. 1176.
- 20-24 Utrecht, International Committee on Laboratory Animals, Congres.
- 25-31 Driebergen, Oriëntatieweek Geneeskunde en Antroposofie, bl. 1132.
- 30-31 's-Gravenhage, Ned. Genootschap voor Fysiotherapie, Congres „Heel de hand”, bl. 1132.
- 30-31 Groningen, Symposium „Recent developments in human biopsychology”, bl. 908.
- 31 Utrecht, Symposium „Pneumonie en immunisatie”.

September

- 1 Utrecht, Ned. Ver. voor Gastro-enterologie.
- 1 Groningen, Ned. Liga tegen Epilepsie, bl. 1319.
- 6-8 Noordwijkerhout, Ned. Ver. voor Kinder-geneesk., Congres.
- 6-8 Noordwijkerhout, Congres Kindergeneeskunde, bl. 1319.
- 7 Enschede, Van Hoytema cursus „Cervix-pathologie en colposcopie”, bl. 1176.
- 8 Apeldoorn, Apeldoornse Artsendag 1979, bl. 1132.
- 8 Ned. Ver. voor Anesthesiologie.

- 8 Utrecht, Ned. Ver. voor Neurologie.
- 12 Utrecht, Ned. Ver. van Artsen voor Revalidatie en Phys. Geneesk.
- 15 Bilthoven, Ver. van Ned. Vrouwelijke Artsen.
- 15 Deventer, Ned. Ver. van Artsen voor Manuele Geneesk.
- 15 Utrecht, Ned. Ver. voor Radiodiagnostiek.
- 15 Amsterdam, Ned. Ver. voor Heelkunde.
- 17-21 Leiden, Boerhaave cursus „Nascholing voor internisten”, bl. 1357.
- 21 Leiden, Boerhaave cursus „Brachialgie in de huisartspraktijk”, bl. 1319.
- 21 Utrecht, Stichting voor Gerontologie, Congres, bl. 1220.
- 21-22 Amsterdam, Symposium „Glaucoom”, bl. 1778 (1978).
- *25 Nijmegen, 8e Oncologie-bijeenkomst Oost-Nederland, bl. 1406.
- 26-27 Leiden, Boerhaave cursus „Elektrocardiografie”, bl. 815.
- 26-27 Enschede, Van Hoytema cursus „Oogziekten”.
- *27-28 Groningen, Symposium „Oncological gynaecology”, bl. 1406.
- 28 Utrecht, Ned. Hartstichting, bl. 1176.
- 29 Groningen, Ned. Ver. voor Obstetrie en Gynaecologie.
- 29 Amsterdam, Ver. Ned. Tijdschr. voor Geneesk.
- 29 Leiden, Eurotransplant Meeting.

Oktober

- 1-6 Loon op Zand, Kraanvencursus, bl. 1357.