

van dat de Universiteiten en de Centrale Overheid hun aansprakelijkheid kennen. Het is een kwestie van overheidsbeleid of het daaruit voortvloeiende risico wordt verzekerd. Uit het voorgaande moge de heer SCHUURMANS STEKHOVEN blijken dat de instituten redelijk één lijn trekken op het gebied van de aansprakelijkheidsverzekering. In de brochures van de beroepsopleiding tot huisarts van de acht instituten, wordt de aansprakelijkheidsverzekering ook voorgeschreven.

Tot slot nog iets over de gesignaleerde chaotische verhoudingen op het gebied van de honorering van de arts-assistent: Alle Universiteiten passen dezelfde regeling toe van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Op de toelage is de Nederlandse sociale wetgeving van toepassing. Geen reden voor chaos, wel voor een grote mate van uniformiteit. Bijna niemand, die met deze regeling iets te maken heeft, is er gelukkig mee. Overleg met de Overheid moet tot verbetering leiden. Maar onvrede met het niveau en de aard van de voorzieningen betekent nog geen chaos. Ik vraag me af of de informanten van de heer SCHUURMANS STEKHOVEN wel goed op de hoogte waren van de werkelijke gang van zaken, of moeten deze worden gezocht bij de arts-assistenten. Het is hun niet kwalijk te nemen dat zij onvolledig op de hoogte zijn. Eén opleidingsjaar, waarin zij waarachtig wel wat anders aan hun hoofd hebben, is te kort om enig inzicht te krijgen in rechtspositiezaken.

Misschien schort er toch iets aan de voorlichting over deze zaken bij de huisartsen-instituten.

Literatuur: SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1129.

Rotterdam, december 1979

E. P. ARENTZ

Het verheugt ondergetekende dat de huisartsen-instituten zich in de afgelopen maanden beter georiënteerd hebben over aansprakelijkheid en de verzekering daartegen van de assistent-huisartsen. Mijn artikel dateert van oktober 1978, toen ter zake bij de instituten nog veel onduidelijkheid bestond. Inderdaad behoren de huisartsen-opleiders door de huisartsen-instituten van de adequate „handleiding” te worden voorzien, liefst een uniforme, als zij het daarover eens kunnen worden, wat in de huidige chaotische academische en faculteitsverhoudingen zeer moeilijk is. Autonomie is een tweesnijdend zwaard en het is geen wonder dat minister PAIS geen raad meer weet met de academische ziekenhuizen en staatssecretaris VEDER-SMIT nog niet beseft daarmee ook geen raad te zullen weten, vooral omdat zij er de artsenopleiding niet bij krijgt. Deze opleiding is overigens geheel verminkt en ontregeld, sedert er van de 7 desbetreffende artikelen van het Academisch Statuut zegge en schrijve 4 zijn overgebleven en het arts-examen in de nieuwe wet op het wetenschappelijk onderwijs niet eens meer wordt genoemd.

De opmerking van de heer ARENTZ, dat het H.I. geen juridische zelfstandigheid bezit, geen „partij” zou zijn, is juridisch dubieus. Daar is enkele maanden geleden bij de verlate verschijning van het *Geneeskundig Adresboek voor Nederland 1979-1980* een moeizaam „recherche-onderzoek” door ondergetekende naar ingesteld. Daarbij bleek er één een „stichting” te zijn, nl. die van het AZU (zie bl. 671-848), twee een afzonderlijke „vakgroep” (AZVU en AZL (bl. 829 en 836), terwijl Groningen (AZG, bl. 820) en Rotterdam (AZR, bl. 842) een „afdeling” zijn. Alleen het huisartseninstituut van AZA en van AZ-Limburg (in spe, zie bl. 836) bleken spoorloos te zijn. Wie – zoals schrijver

dezes – de desorganiserende en desintegrerende invloed heeft gezien, juist in de medische faculteiten, van de invoering van het „vakgroep-instituut” door de W.U.B. (wet universitaire bestuurshervorming 1970), interesseert zich voor de wildgroei van de huisartsen-instituten.

Tilburg, januari 1980

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

Vroege complicaties van de operatieve behandeling van benigne schildklierafwijkingen

Met aandacht hebben wij het fraaie, overzichtelijke artikel van H. F. VEEN en TH. J. M. V. VAN VROONHOVEN (1979) gelezen. Daarin beklemtonen de schrijvers het belang van het identificeren van de nervus recurrens en de bijschildklieren bij de operatie om beschadiging van de zenuw en hypocalciëmie te voorkomen. Het artikel geeft ons aanleiding tot de volgende kanttekeningen.

Het literatuuroverzicht van het aantal blijvende nervus recurrens-letsels, vergeleken met het aantal Nn. recurrentes „at risk” (tabel 1), bevat slechts één publikatie met voor dit doel bruikbare percentages van N. recurrens-letsel bij het niet identificeren van deze zenuw tijdens de ingreep, nl. 5,1% op 215 Nn. recurrentes „at risk” (RUTTEN e.a. 1970). Dit percentage steekt ongunstig af bij dat van de andere auteurs, die de zenuw wél routinematig opzochten, maar nochtans lijkt het van belang een bredere basis te geven aan de ook door ons gedeelde opvatting dat het niet identificeren van de N. recurrens tot meer complicaties leidt.

Op de afdeling Chirurgie van het St. Elisabethziekenhuis te Tilburg (dr. C. C. S. M. WIJFFELS en H. LOBACH) werden vóór 1978 de Nn. recurrentes en de bijschildklieren niet geïdentificeerd bij operaties wegens benigne schildklierandoeningen. Hier volgen de resultaten wat de vroege complicaties betreft. In de periode van 1 januari 1973 tot 31 december 1976 werden 33 mannen en 118 vrouwen geopereerd wegens een benigne schildklierafwijking. Van dit totaal van 151 patiënten zijn uitgesloten alle met een recidief schildklierafwijking en ook degenen van wie na de operatie bleek dat een maligne afwijking was verwijderd.

In de tabel hebben wij de patiënten ingedeeld naar indicatie tot operatie, zoals in het artikel van VEEN en VAN VROONHOVEN. Bij alle patiënten werd zowel pre- als postoperatief laryngoscopisch onderzoek van de stembanden verricht (VAN BUCHEM en FESTEN) en postoperatief werd het calciumgehalte in het serum bepaald.

Wij spraken van direct post-operatief N. recurrens-letsel als kort na de operatie laryngoscopisch werd vastgesteld dat een van de stembanden niet bewoog, terwijl dit vóór de operatie wél het geval was; van een blijvend N. recurrens-letsel als de desbetreffende stemband 1 jaar na operatie nog stilstond. De frequentie van het N. recurrens-letsel werd gerelateerd aan het aantal Nn. recurrentes dat gevaar liep gelaedeerd te worden. Van hypocalciëmie werd gesproken als een blijvende substitutie van calcium noodzakelijk was. Als nabloeding werd een bloeding uit het operatiegebied beschouwd waarvoor reëxploratie noodzakelijk was.

Wij concluderen uit deze bevindingen het volgende: (1) Ons percentage van post-operatief blijvend N. recurrens-letsel (3,9%) komt overeen met dat van RUTTEN e.a. (1970) die ook de N. recurrens niet identificeerden. (2) De vergelijking in tabel 1 van VEEN en VAN VROONHOVEN laat

	<i>Enkelvoudige schildkliernodus</i>	<i>Multinodulaire euthyreoidie</i>	<i>Hyperthyreoïdie</i>	<i>Totaal</i>
Aantal patiënten	33	71	47	151
Direct post-operatief N. recurrens-letsel/ aantal Nn. recurrentes „at risk”	4/34	11/133 (8,3%)	7/91 (7,7%)	22/258 (8,5%)
Blijvend N. recurrens- letsel/aantal Nn. recurrentes „at risk”	1/34	6/133 (4,5%)	3/91 (3,3%)	10/258 (3,9%)
Nabloeding	3 (11%)	1 (1,4%)	3 (6,4%)	7 (4,6%)
Blijvende hypocalciëmie (119 beiderzijds geopereerde pat.)	—	—	1	1
Infectie	—	—	1*	1
Sterfte	—	—	1	1

* Doodsoorzaak intracerebrale bloeding post-operatief.

zien dat dit percentage duidelijk hoger is dan dat in klinieken die wél identificeerden (tussen 0 en 1,3% blijvend N. recurrens-letsel). Wij zijn het dan ook geheel eens met de schrijvers dat het opzoeken van de N. recurrens tot minder letsels hiervan aanleiding geeft. Sinds 1978 zoeken wij dan ook de N. recurrens en de bijschildklieren bij deze operatie routinematig op. (3) Op het ontstaan van hypocalciëmie na beiderzijdse subtotaal strumectomie heeft het niet identificeren van de N. recurrens en de bijschildklieren weinig invloed, te oordelen naar onze bevindingen.

VEEN en VAN VROONHOVEN houden zich, zoals algemeen gebruikelijk, aan een termijn van 1 jaar alvorens een N. recurrens-letsel irreversibel te noemen. Van de 22 bij onze patiënten direct post-operatief vastgestelde recurrenslaesies bleken er 10 van blijvende aard te zijn (na 1 jaar). De 12 tijdelijke letsels waren echter alle binnen 12 weken hersteld. Dit past in de gangbare opvatting over de duur van herstel van een zenuwletsel waarbij de continuïteit van de zenuw niet onderbroken is geweest. Wij menen daarom dat er gronden zijn om een stembandverlamming die 3 maanden na operatie nog bestaat, als een irreversibele laesie te beschouwen.

Literatuur: BLOCK, M. (1977) *Ann. Surg.* 185, 133. — RUTTEN, A. P. M., P. J. H. SIKKENK en P. PEERENBOOM (1970) *Ned. T. Geneesk.* 114, 227. — VEEN, H. F., TH. J. M. V. VAN VROONHOVEN (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2052.

Ede,
Tilburg, december 1979

H. H. J. WEGDAM
C. C. S. M. WIJFFELS
F. L. VAN BUCHEM

Postoperatieve acute cholecystitis

De klinische les van VINK (1979) bracht ons een waarneming in onze kliniek in herinnering. Het betrof een 78-jarige man die met succes werd geopereerd wegens een gebarsten aneurysma aortae abdominalis. Twee jaar tevoren had hij een B II-maagresectie ondergaan wegens een carcinoma ventriculi. Ruim twee weken na de operatie raakte patiënt toenemend dyspnoïsch en klaagde hij over buikpijn terwijl de buik bollend werd. Patiënt is de volgende dag overleden.

Bij obductie werd een cholecystitis acuta necroticans gezien alsmede ischemie van een nier en longoedeem. Er is hier een opvallende gelijkenis met een patiënt beschreven door GLENN (1979). In de literatuur wordt de aanwezigheid van stenen in de galblaas niet als hoofdoorzaak voor het ontstaan van cholecystitis acuta na extrabiliare operaties genoemd (THOMPSON e.a. 1962; LINDBERG e.a. 1970; GLENN 1979). Slechts in iets meer dan de helft (55%) der gevallen worden stenen aangetroffen, en ongeveer 1/3 (35,7%) heeft tevoren galblaasklachten (LINDBERG e.a. 1970). GLENN en REDO (1960) veronderstellen een oorzakelijk verband tussen decompensatie cordis en het ontstaan van een galblaaslijden bij patiënten met mitralisstenose bij wie deze aandoening vaker wordt gezien dan in een gemiddelde populatie (resp. 15,8% en 11%). De auteurs adviseren bij deze patiënten eerst de galblaas te verwijderen alvorens tot commissurotomie over te gaan om zo de kans op postoperatieve complicaties te verkleinen. De foudroyant verloopende cholecystitis die kan optreden na chirurgische ingrepen, ernstig trauma en verbrandingen, is vaak moeilijk te herkennen en heeft, zelfs in een ziekenhuis met optimale faciliteiten, een sterfte van 6,5% (GLENN 1979). Over de etiologie kan niets met zekerheid worden gezegd; wel lijkt een periode van hypotensie een oorzakelijk moment te zijn (GLENN 1979).

In onze kliniek neigen wij ertoe bij patiënten die een grote operatie ondergaan voor aandoeningen die niet de galwegen betreffen, de galblaas tevens te verwijderen als deze stenen bevat. Wellicht kan zo een aantal ernstige complicaties worden vermeden.

Literatuur: GLENN, F. (1979) *Ann. Surg.* 189, 485. — GLENN, F. en S. F. REDO (1960) *Ann. Surg.* 151, 139. — LINDBERG, E. F., G. L. B. GRINNAN en L. SMITH (1970) *Ann. Surg.* 171, 152. — THOMPSON, J. W., D. O. FERRIS en A. H. BAGGENSTOSS (1962) *Ann. Surg.* 155, 489. — VINK, M. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2089.

Eindhoven, december 1979

H. A. J. SMINK
C. M. A. BRUYNINCKX

De collegae SMINK en BRUYNINCKX illustreren met hun waardevolle observatie nog eens het verraderlijke beeld van de cholecystitis marantica. Een hypotensieve periode moet,