

nadruk willen leggen op de bijdrage die nieuwe diagnostische methoden leveren tot het pre-operatief stellen van de diagnose mesenteriumkyste. We hebben dan ook gemeend te kunnen volstaan met het vermelden van de door de patholoog-anatoom afgegeven weefseldiagnose.

De indeling van mesenteriumkysten is uit de door ons geraadpleegde literatuur verkregen. Wij zijn ons ervan bewust dat hierover discussie mogelijk is. Enkele door vroegere medewerkers uit onze kliniek beschreven patiënten hebben wij niet in onze tabel opgenomen doordat de desbetreffende ziektegeschiedenissen niet meer beschikbaar zijn. Van ons patiëntje V uit de serie is de heldere kystevloeistof niet op salmonella gekweekt.

Wij zijn de collegae Estourgie en Van Beek erkentelijk voor hun kritische reactie en zien hun publikatie over dit onderwerp met belangstelling tegemoet.

Groningen, april 1981

R. C. G. GALLANDAT HUET
G. KOOTSTRA
R. P. ZWIERSTRA

Parametritis door een IUD

In het artikel van A. VERHOEVEN (1981) wordt ten onrechte zowel in de titel als in de tekst gesteld dat er een positief verband is aangetoond tussen het dragen van een IUD en het voorkomen van parametritis. Deze stelling gaat niet op omdat ten eerste niet bewezen is dat de parametritis van de beschreven patiënte veroorzaakt werd door het IUD. Ten tweede wordt in de bespreking geen onderzoek genoemd waarbij de frequentie van parametritis wordt nagegaan bij vrouwen met of zonder IUD. Collega Verhoeven mag dan ook niet verder gaan dan het verband te suggereren en had de titel van zijn artikel moeten veranderen in „Parametritis bij een IUD”. Bovendien hoeft hij zijn bevindingen niet te melden als complicatie aan het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen.

Literatuur: VERHOEVEN, A. T. M. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 319.

Rotterdam, februari 1981

B. VAN DER LUGT

Parametritis als hoofddiagnose met op de voorgrond tredende symptomen is een uitermate zeldzame aandoening in de gynaecologische praktijk in Nederland. Sedert 1973 zagen wij behalve de beschreven patiënte slechts éénmaal een parametritis (na een sectio caesarea) op ca. 12.000 klinische opnames, bij patiënten die niet leden aan een maligne ziekte. In de laatste 15 jaar is er veel gepubliceerd over het causale verband tussen „pelvic inflammatory disease” en IUD-gebruik (ESCHENBACH en SODERSTROM 1980). Het IUD-draadje, bacteriën op het oppervlak van „corpora aliena”, micro-ulcera en endometrane synechiae, resulterend in éénzijdige tubo-ovariële abcessen, anaërobe bacteriën en chronisch relatief symptoomloze endometritis en endosalpingitis worden hiervoor verantwoordelijk gesteld. Parametritis is slechts één van de klinische uitingsvormen, zij het een zeldzame. De aangehaalde literatuur getuigt ook juist van deze zeldzaamheid. Parametritis komt niet voor zonder een typische bekende oorzaak zoals salpingitis, diverticulitis, cystitis (ernstige vormen), (traumatische) baring of abortus, operatieve of instrumentele ingrepen aan de uterus (waaronder IUD-insertie), of als nevenverschijnsel van maligne celfiltratie (JEFFCOATE 1975). Een

verband tussen de beschreven parametritis en het IUD acht ik dan ook bewezen, voor zover er althans in de klinische geneeskunde een bewijs mogelijk is.

Of men deze bijwerking meldt aan het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen, onderdeel van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, is een kwestie van semantiek. Ik beschouwde het als een morele verplichting deze ernstige bijwerking te melden aan dit bureau op de volgende gronden:

1. Wij kennen niet, zoals in de V.S., een Center for Disease Control, via welk bureau complicaties als die van het Dalkonschildje bij zwangerschap en de „tamponziekte” ontdekt werden.

2. Waarom zou men bijwerkingen van „de pil”, meestal niet voorgeschreven als „geneesmiddel”, wél, en een in toenemende mate toegepast antinidatie-middel als het IUD niet melden aan de, enige hiertoe in Nederland, bestaande instantie? Ik kan collega Van de Lugt verzekeren, dat het Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen het tot zijn werkterrein achtte hiervan kennis te nemen en met de melding erg ingenomen bleek!

Literatuur: ESCHENBACH, D. A. en R. M. SODERSTROM (1980) In: E. S. E. HAFEZ en W. A. A. VAN OS, *IUD pathology and management* (Progress in contraceptive delivery systems, vol. III.) M.T.P. Press, Lancaster. — JEFFCOATE, N. (1975) *Principles of gynaecology*. 4e druk. Butterworth, Londen.

Arnhem, maart 1981

A. T. M. VERHOEVEN

De traumatische ruptuur van de thoracale aorta

In twee artikelen in dit tijdschrift wordt de aandacht gevestigd op de traumatische ruptuur van de thoracale aorta (BRUTEL DE LA RIVIÈRE e.a. 1981; EGGERMONT en HIEMSTRA 1981). Zoals duidelijk wordt geschetst betreft het een ernstig letsel met een zeer hoge sterfte. Een vroege diagnose is dan ook van groot belang, beginnend bij het betrekken van de ruptuur van de thoracale aorta in de differentiële diagnose.

In hun artikel noemen Eggermont en Hiemstra een aantal afwijkingen die veelvuldig worden gezien op de thoraxfoto van deze patiënten. Helaas laat de kwaliteit van de foto vaak te wensen over, doordat de opname in liggende houding van de patiënten wordt gemaakt, veelal met verplaatsbare apparatuur, terwijl de patiënt begrijpelijkerwijs nogal eens niet goed zal hebben ingeademd. Een en ander bemoeilijkt een juiste beoordeling van de verkregen beelden.

TISNADO e.a. (1977) beschreven een eenvoudige methode die kan helpen nog eerder aan de juiste diagnose te denken. Door het inbrengen van een radiopake maagsonde kan verdringing van de oesophagus worden gevolgd. Arteriografische bevestiging van de diagnose kan dan volgen. Tisnado e.a. beschreven 7 patiënten met traumatische ruptuur van de aorta. Bij allen was verplaatsing van de maagsonde zichtbaar. Thoraxfoto's van 24 ongevals-slachtoffers toonden wel verbreding van het mediastinum aan, de oesophagus was evenwel niet verplaatst. Wellicht verdient deze simpele diagnostische methode meer bekendheid.

Literatuur: BRUTEL DE LA RIVIÈRE, A., Z. AYTUG en J. M. QUAEGBEUR (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 341. — EGGER-