

Sondevoeding bij volwassenen

Met belangstelling en waardering hebben wij het artikel van VAN BALLEGOOIE e.a. (1982) gelezen. Gaarne hierbij een tweetal kanttekeningen.

De schrijvers stellen dat bij patiënten met een verlaagd bewustzijn, mechanische of neurologische stoornissen van het slikmechanisme, of stenoserende processen in oesophagus of oesophagus-maagovergang de sonde eventueel kan worden ingebracht via een oesofago-gastroscoop. Wij vinden dit voor de patiënten, en vooral voor de (sub)comateuze groep, belastend en verkiezen een eenvoudiger methode.

Wij hebben bij deze patiënten bij herhaling met succes gebruik gemaakt van sondes waarin een voerdraad (diameter 0,038 inch) wordt geschoven, zoals wordt gebruikt bij de Seldinger-techniek. Deze voerdraad geeft een goed opstijvend effect aan de sonde. De voerdraad moet binnen de sonde gehouden worden om beschadiging van het slijmvlies te voorkomen. Vervolgens wordt de sonde onder doorlichting ingebracht. Hiermee kan deze desgewenst tot voorbij het ligament van Treitz worden gelegd.

De schrijvers laten verder een ambulante patiënte zien met een rijdbare standaard voor de fles sondevoeding. Onzes inziens is er bij deze manier van sondebevestiging (nl.

via neus en veiligheidsspeld op pyjamajas) een aanzienlijk risico dat de sonde bij onverwachte tractie aan toedienings-systeem ongewild verwijderd wordt. Onverwachte tractie kan naar wij menen beter worden opgevangen door de sonde bij het oor vast te plakken en om de hals te hangen (zie tekening).

Literatuur: BALLEGOOIE, E. VAN, W.M. EUWE en W. STEVENSON (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1597.

Leiden, september 1982

CHR. J.J. MULDER
E.H. OVERBOSCH
A. WIPKINK-BAKKER

Naar aanleiding van de kanttekeningen van Mulder e.a. zouden wij de volgende opmerkingen willen maken:

1. Hoewel wij geen ervaring hebben met het gebruik van een voerdraad bij het inbrengen van sondes, lijkt ons dit een waardevolle suggestie. Introductie van de sonde in de trachea is vooral bij (sub)comateuze patiënten een bekende complicatie, zodat er nog eens de nadruk op gelegd moet worden dat bij het gebruik van deze methode de juiste ligging van de sonde absoluut zeker moet zijn voordat wordt begonnen met toediening van de voeding.

2. De door ons beschreven en getoonde wijze van bevestiging van de sonde heeft tot dusver nog nooit geleid tot een ongewilde verwijdering van het systeem. Hoewel het moeilijk is om conclusies uit een illustratie te trekken, lijkt de „Leidse” patiënte, bij gebruik van het afgebeelde toedieningssysteem, weinig mogelijkheden te hebben om te zitten, te bukken, op bed te liggen etc. Ook het risico van een ongewilde verwijdering van de sonde bij braken lijkt ons bij de afgebeelde wijze van bevestiging groter dan bij de „veterband-methode” (VERMEY en EUWE 1982).

Literatuur: VERMEY, A. en W.M. EUWE (1982) In: G.J.P. VISSER e.a. *Chirurgisch jaarboek 1981*, bl. 159, Van Gorcum, Assen.

Groningen, september 1982

E. VAN BALLEGOOIE
W.M. EUWE
W. STEVENSON

Het afstaande oor

In de klinische les van collega VAN ZANTEN (1982) komt de zinsnede voor: „Enerzijds lijkt deze complicatie (mastoiditis) van een otitis media (acuta of chronica) sinds het gebruik van antibiotica minder voor te komen, ...” Onlangs schreef BLUESTONE (1982) in de *New England Journal of Medicine* over de behandeling van acute otitis media: „Since the rate of suppurative complications has decreased in the antibiotic era, antimicrobial therapy is still the treatment of choice.” Dit is een opvatting waarin hij door een Editorial (1982) in dat zelfde tijdschrift wordt gesteund.

Het is begrijpelijk dat in de Angelsaksische landen in deze correlatie een causaal verband wordt gezien. Daar wordt immers reeds vele jaren de acute otitis media met antibiotica behandeld. Nu vindt men deze teruggang van het aantal

