

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.

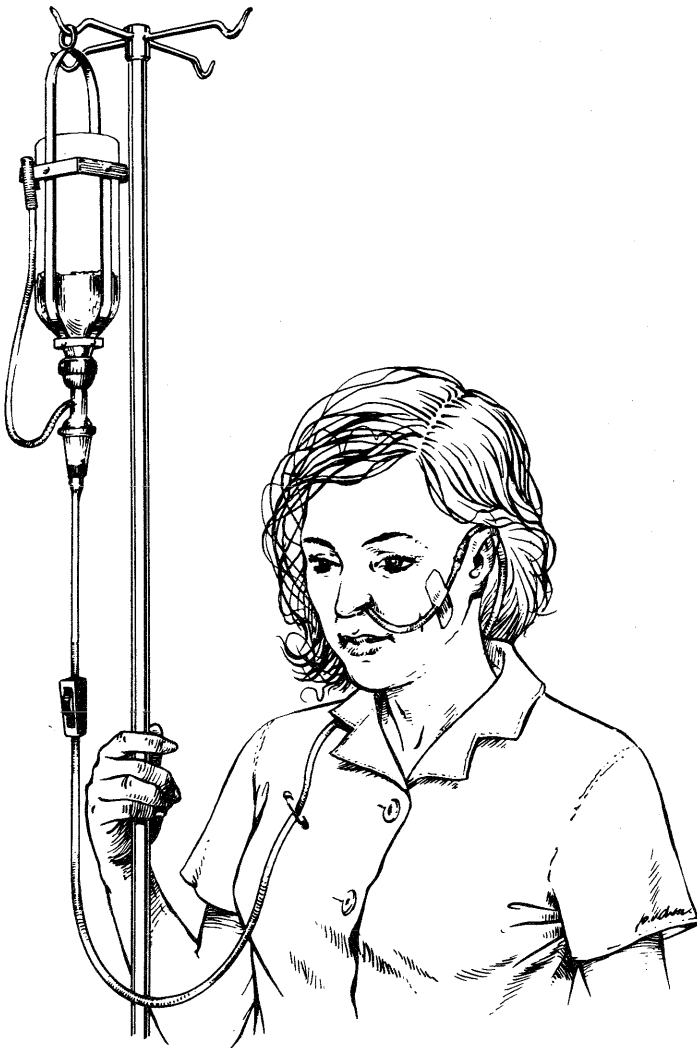
Groningen, september 1982

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



mastoiditiden zelfs een argument om iedere acute otitis media met antibiotica te behandelen.

In ons land is de acute otitis media vele jaren voornamelijk behandeld met paracentese en zonder antibiotica. Toch is ook in ons land het aantal mastoiditiden sterk verminderd, zodat deze vermindering niet een gevolg kan zijn van antibioticagebruik bij iedere otitis media acuta. Het is daarom jammer als in een Nederlandse publikatie bovendien vermeld citaat voorkomt daar het de suggestie kan wekken dat iedere acute otitis media met antibiotica behandeld dient te worden. Wellicht kan collega Van Zanten aangegeven welke indicatie hij bedoelt in zijn vervolg op de aangehaalde zinsnede: „... anderzijds bestaat de indruk dat, indien behandeling met antibiotica geïndiceerd is, een te laag gedoseerde of te kort gebruikte kuur het ontstaan van deze complicatie juist zou bevorderen (maskeringseffect).”

Literatuur: BLUESTONE, CH.D. (1982) *New Engl. J. Med.* 306, 1401. – Editorial (1982) *New Engl. J. Med.* 306, 1418. – ZANTEN, M.E. VAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1481.

Tilburg, september 1982

F.L. VAN BUCHEM

Het verschijnsel, dat mastoiditis als complicatie van otitis media sinds het beschikbaar zijn van antibiotica minder voorkomt dan in het pre-antibiotische tijdperk, is alhoewel het suggestief lijkt, natuurlijk geen absoluut bewijs voor de relatie met het voorschrijven van antibiotica. De mastoiditis als complicatie van een otitis media is overigens zo weinig frequent, nl. 17 op de 10.000 (DIAMANT 1974) dat het voorkomen ervan nauwelijks als graadmeter voor het slagen van een therapie gebruikt mag worden.

Dat ik geenszins de bedoeling heb gehad te suggereren dat elke acute otitis media primair met antibiotica behandeld dient te worden kan een goed lezer opmaken uit de tussenzin „... indien behandeling met antibiotica geïndiceerd is...”. Ik ben nl. met Van Buchem van mening dat het primair voorschrijven van antibiotica bij een acute otitis media zoals BLUESTONE (1982) en ook PARADISE (1982) propageren niet juist is en dat het gebruik van antibiotica gereserveerd dient te worden voor een aantal duidelijk omschreven indicaties zoals het zg. onregelmatige verloop (na 48 uur nog verschijnselen van algemeen ziek zijn, oorpijn en temperatuurverhoging).

Literatuur: BLUESTONE, C.D. (1982) *New Engl. J. Med.* 306, 1401. – DIAMANT, M. (1974) *Arch. Otolaryng.* 100, 226. – PARADISE, J. (1982) *The third int. conference in paediatric otolaryngology*, Bath, sept. 1982.

Almelo, september 1982

M.E. VAN ZANTEN

Botscentigrafie als routine-onderzoek bij patiënten met een mammacarcinoom

HESLINGA e.a. (1982) hebben de waarde beschouwd van het skeletscintigram als routine-onderzoek bij patiënten met een mammacarcinoom. Zij kwamen tot twee conclusies: (1) Op grond van de zeer lage trefkans en de hoge hiermee gepaard gaande kosten dient pre-operatieve skeletscintigrafie alleen te worden uitgevoerd als er bij fysisch-diagnostisch onderzoek aanwijzingen worden gevonden voor skeletme-

TABEL I

RESULTATEN VAN SKELETSCINTIGRAFIE BIJ DE EERTSE OPNAME VAN 440 PATIËNTEN MET EEN MAMMACARCINOOM, GESTAGEERD VOLGENS TNM-SYSTEEM

<i>Klinisch stadium</i>	<i>Aantal patiënten</i>	<i>Uitslag positief</i>
I	114	3 (2,6%)
II	187	4 (2,1%)
III	78	6 (7,7%)
Totaal operabel	379	13 (3,4%)
IV	61	16 (26,2%)

tastasen. (2) Het merendeel van de patiënten met een positief skeletscintigram in de nacontroleperiode heeft reeds fysisch-diagnostische aanwijzingen voor skeletmetastasen en (of) een verhoogde alkalische fosfatase (AF). Bovendien heeft het enkele malen eerder aantonen van skeletmetastasen geen wezenlijke invloed op de prognose, zodat ook in de nacontroleperiode routinematig uitgevoerde skeletscintigrafie niet is geïndiceerd.

Wij onderzochten in dezelfde periode 379 patiënten met een in opzet curatief te opereren mammacarcinoom, gestageerd volgens het TNM-systeem. Slechts in 3,4% van de gevallen bestond bij pre-operatief onderzoek een positief skeletscintigram (stadia I, II en III van tabel 1). Bij 26,2% van 61 patiënten in het inoperabele stadium IV was het onderzoek positief. In de nacontroleperiode van 215 geopereerde patiënten werd het skeletscintigram bij 11% alsnog positief, van de 45 als stadium IV geclassificeerde patiënten bij 51% (tabel 2). Bij twee patiënten in dit stadium was het onderzoek fout-negatief.

In totaal zagen wij dus 75 patiënten met een skeletscintigram verdacht voor metastasering, waarbij de metastasen achteraf bevestigd werden door middel van andere technieken. Van deze 75 patiënten had 56% pijnklachten en 43% een verhoging van de AF (beide onderzoeken gecombineerd: 64% van de patiënten). Pijn en AF-verhoging gingen meestal gepaard met aantoonbare röntgenologische afwijkingen. Ten tijde van het afwijkende skeletscintigram toonden gerichte röntgenopnamen in 64% eveneens voor metastasen verdachte afwijkingen. Wij kunnen ons verenigen met de eerste conclusie van Heslinga e.a. Zoals uit onze grotere patiëntengroep naar voren komt is skeletscintigrafie echter sensitiever voor het opsporen van skeletmetastasen van mammacarcinoom dan fysisch-diagnostisch onderzoek en bepaling van de serum-AF. Deze bevinding werd al gedaan door FORREST e.a. (1979) en FRONT e.a. (1979).

Alhoewel het op theoretische gronden waarschijnlijk lijkt, dat een zo vroegtijdig mogelijk ingestelde hormonale

TABEL 2

RESULTATEN VAN SKELETSCINTIGRAFIE IN DE NACONTROLEPERIODE VAN 215 IN OPZET CURATIEF GEOPEREERDE PATIËNTEN (I, II EN III) EN 45 INOPERABELE PATIËNTEN

<i>Klinisch stadium</i>	<i>Aantal patiënten</i>	<i>Uitslag positief</i>
I	70	4 (5,7%)
II	105	10 (9,5%)
III	40	10 (25 %)
Totaal geopereerd	215	24 (11,2%)
IV	45	23 (51 %)