

probleem, omdat het bij de onderscheiden procedures gaat om verschillende belangen.

Terecht heeft de tuchtrechter de arts niet aansprakelijk geacht voor zijn assistent, omdat die zelf bevoegd was, en de medische directeur niet voor de verpleegkundige. De enige mogelijkheid voor een tuchtrechtelijke veroordeling zou zijn geweest een

eigen fout van de arts, die in het handelen van de andere doorwerkte. Dat zou bijvoorbeeld in het ene geval de keuze van de therapie kunnen zijn geweest, in het andere geval bijvoorbeeld een fout in de instructies aan de verpleegkundige. Dergelijke eigen fouten waren in beide casus echter niet aan de orde.

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)*

### *Overgevoeligheid voor rubber operatie-handschoenen*

Vele artsen hebben last van overgevoeligheidsverschijnselen als zij rubber operatiehandschoenen hebben aangehad. Na lang zoeken heb ik de volgende oplossing gevonden, die mij voldoet. Misschien kan ik enkele collegae daarmee van dienst zijn.

Onder de rubber handschoenen eerst een paar toucher handschoenen (Ethiparat) aantrekken. Deze goedkope en slecht passende handschoenen zijn zo dun dat ze zich onder de rubber handschoenen volmaakt voegen en dan zichtbaar, noch voelbaar zijn en dus geen enkele last veroorzaken. Het merk is: Ethiparat einmal Handschuh, einzeln steriel verpackt, Best.nr. 3365 Johnson and Johnson.

Dokkum, december 1982

J.A. NORTIER

De redactie tekent hierbij het volgende aan: Bij verdenking op overgevoeligheid voor rubber handschoenen is het gewenst dat allergologisch onderzoek plaatsvindt. Blijkt hierbij overgevoeligheid voor thiuramverbindingen (hulpstoffen bij de rubberfabricage) te bestaan, dan kunnen handschoenen zonder thiuram worden geadviseerd (bijv. Elastyren, Van der Bend BV).

REDACTIE

### *Hoe vaak komt maagstompcarcinoom voor?*

Het artikel van dr. K. Welvaart en H.M. Warnsinck<sup>1</sup> geeft ons aanleiding tot enkele opmerkingen. De auteurs stellen, dat het hoogst onwaarschijnlijk lijkt, dat één van de nog levende personen uit hun serie nu een stompcarcinoom heeft zonder klachten of dat nog zal krijgen, mede omdat stompcarcinoom slechts tot gemiddeld twintig jaar post-operatief zou optreden. Rauwerda<sup>2</sup> en Haemers et al.<sup>3</sup> geven een veel langer gemiddeld post-operatief interval aan en Terjesen et al.<sup>4</sup> zelfs 28,5 jaar! Tevens is het onjuist te veronderstellen, dat klachtenvrije geopereerden geen stompcarcinoom kunnen hebben. Zelf vonden zij bij 1:50 klachtenvrije personen die langer dan 15 jaar tevoren partiële maagresectie voor een goedaardige aandoening hadden ondergaan, een - meestal vroeg en dus curabel - stompcarcinoom, Schrumpf et al.<sup>5</sup> zelfs bij 1:25 klachtenvrije personen. Er kan dus alleen gesteld worden, dat in het Leidse onderzoek minimaal 5 op 130 overledenen volgens CBS-gegevens aan maagcancer overleden zijn. Steffe-

laar et al.<sup>6</sup> hebben echter aangetoond, dat de kankerregistratie waarschijnlijk meer dan 30% afwijkt van de werkelijke situatie en dit geldt met name ook voor maagcancer. Bovendien worden in betrouwbare Scandinavische onderzoeken ruim tweemaal zoveel maagstompcarcinomen gevonden bij geopereerden als op statistische gronden te verwachten.<sup>7 8</sup> Ook wij menen, dat er zeker bij op jonge leeftijd geopereerden, die dus nog een lang post-operatief interval voor de boeg hebben, een ongeveer tweemaal zo hoge als te verwachten maagstompcarcinoomfrequentie is. Of dit al een veelvuldige controle van asymptomatische patiënten rechtvaardigt, blijft een open vraag. In ieder geval zijn uit het onderzoek van de auteurs geen conclusies te trekken, die de basis kunnen vormen voor een verandering van het huidige beleid,

#### LITERATUUR

- 1 Welvaart K, Warnsinck HM. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2374-6.
- 2 Rauwerda JA. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 632.
- 3 Haemers S, Hoste P, Elewout A, et al. Ned Tijdschr Geneesk. 1980; 124: 636.
- 4 Terjesen T, Erichsen HG. Acta Chir Scand 1976; 142: 256.
- 5 Schrumpf E, Serck-Jansen A, Stadaas J, et al. Lancet 1977; ii: 467.
- 6 Steffelaar JW, Feenstra K, Ruitenberg HM. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1400.
- 7 Helsing N, Hillestad L. Ann Surg 1956; 143: 173.
- 8 Krause H. Acta Chir Scand 1958; 114: 341.

Enschede  
Amsterdam, januari 1983

J. VAN DE STADT  
G.J.A. OFFERHAUS  
G.N. TYTGAT

Onze bewering dat het hoogst onwaarschijnlijk is dat in onze series van de levende personen alsnog een stompcarcinoom voorkomt, is gebaseerd op het feit dat onze kortste follow-up na de primaire resectie 26 jaar bedraagt, en de literatuur aangeeft dat het stompcarcinoom gemiddeld na een interval van 20 jaar optreedt. In het proefschrift van Rauwerda wordt een gemiddeld interval van de eigen patiënten berekend van 25,6 jaar;<sup>1</sup> Terjesen et al. stellen in hun artikel dat meestal een stompcarcinoom optreedt tussen het 20e en 25e jaar en hoewel zijzelf een gemiddeld interval berekenen van 28,5 jaar, voegen zij hier aan toe: „We have not found any other reports with an average interval as long as the 28,5 years found in our series.”<sup>2</sup>

Het is interessant dat Van de Stadt et al. hier mededelen dat zij bij één op de 50 asymptomatische personen, die langer dan 15 jaar tevoren een maagresectie hadden ondergaan, een stompcarcinoom hebben gevonden. Helaas worden geen verdere gegevens van dit onderzoek vermeld, zodat het voor ons moeilijk is de waarde van deze opmerking te schatten. Ik geloof evenals de inzenders dat het goed denkbaar is dat er mensen rondlopen met een asymptoma-

tisch stompcarcinoom (evenals dat het geval is met maagcarcinoom), zelfs wanneer meer dan 26 jaar geleden de maagresectie heeft plaatsgevonden. Wij geloven echter ook dat het aantal van deze patiënten niet groot zal zijn.

In de „betrouwbare” Scandinavische onderzoeken van Helsing<sup>3</sup> en Krause<sup>4</sup> wordt het voorkomen van een stompcarcinoom op ruim tweemaal zoveel berekend als maagcarcinoom. In het onderzoek van Helsing werden echter na een gemiddelde periode van 20 jaar, bij 303 patiënten, 11 stompcarcinomen ontdekt (3,3%). Omdat 24% van de patiënten uit hun serie was verdwenen uit de follow-up, hebben schrijvers gemakshalve de 11 gevonden stompcarcinomen niet op de totale serie, maar op de resterende 229 patiënten berekend. Vanzelfsprekend neemt dan het percentage stompcarcinomen toe. In het artikel van Krause wordt een onderzoek vermeld van 361 patiënten die tussen 1905-1933 een BII-maagresectie ondergingen.<sup>4</sup> Er werden 18 stompcarcinomen aangetoond. Bij 7 patiënten werd destijds de diagnose uitsluitend klinisch vermoed, maar niet bewezen. Nog eens 3 patiënten werden ervan verdacht aan een stompcarcinoom te lijden, maar de diagnose kon niet verder worden aangetoond. De schrijvers berekenen het percentage stompcarcinomen in hun artikel op 28 patiënten, hoewel de diagnose zoals gezegd slechts bij 18 patiënten werd gesteld (5% versus 8%).

Wij hebben in ons artikel 97% van 264 patiënten ten minste 26 jaar na de operatie kunnen vervolgen; onze conclusie was dat vooral de jeugdige patiënten gedurende hun leven at risk zijn. Waarom de inzenders menen dat op jonge leeftijd geopereerden een ongeveer 2 maal verhoogd risico hebben wordt niet verder toegelicht; het is te hopen dat zij dit geloof niet baseren op de door hen gerefereerde literatuurstudies. Collega Van de Stadt en anderen hebben ons niet van onze stelling af kunnen brengen dat de kans op een stompcarcinoom niet duidelijk hoger is dan de kans op het krijgen van een maagcarcinoom bij een gezond individu.

#### LITERATUUR

- 1 Rauwerda JA. Het maagstompcarcinoom. Proefschrift Amsterdam, 1979.
- 2 Terjesen T, Erichsen HG. Carcinoma of the gastric stump after operation for benign gastroduodenal ulcer. Acta Chir Scand 1976; 142: 256.
- 3 Helsing N, Hillestad L. Cancer development in the gastric stump after partial gastrectomy for ulcer. Ann Surg 1956; 143: 173.
- 4 Krause U. Late prognosis after partial gastrectomy for ulcer. A follow up study of 361 patients operated upon from 1905 to 1933. Acta Chir Scand 1958; 114: 341.

Leiden, januari 1983

K. WELVAART  
H.M. WARNSINCK

## Voor penicilline ongevoelige pneumokokken in Nederlands Limburg

Naar aanleiding van de mededeling van B.J. Davies, W. Soeters en F.P.V. Maesen<sup>1</sup> zouden wij het volgende willen opmerken. Waarom werd er geen uitstrijk verricht van mond- en keelflora ten einde een mogelijke contaminatie minder waarschijnlijk te maken? Waarom werd het verschijnsel „rough” niet beter beschreven? Bijv. kolonievorm, kapsel, agglutinatibiliteit, autolyse? Waarom werden geen virulentieproeven bij muizen verricht? Waarom is er geen ratio van de bacteriostatische (MIC) en bacteriocide (MBC) concentratie bepaald?

Waarom is de toename van ongevoelige *Haemophilus*

*influenzae* en *Branhamella catarrhalis*-stammen verontrustender dan die van pneumokokken?

In de regio Kerkrade bedraagt het aantal voor penicilline G en amoxicilline ongevoelige pneumokokken resp. 6 en 7%, onderzocht bij 70 stammen; bij *H. influenzae* bedraagt het resp. 27 en 13%, onderzocht bij 151 stammen. Voor ongevoeligheid ten opzichte van amoxicilline-clavulaanzuur (Augmentin), cefuroxim, cefotaxim en co-trimoxazol bedragen de percentages 3, 5, 1 en 1. (De concentraties van de antibiotica waren penicilline G 1 E/ml, de overige 2  $\gamma$ /ml in vast medium, Co-trimoxazol  $2/10 \gamma$ /ml.)

Is tenslotte de titel van de mededeling wel juist en niet realistischer te formuleren als volgt: Tegen doxycycline resistente pneumokokkenstammen met matige gevoeligheid voor penicilline G, ampicilline en andere antibiotica. Een remming bij 0,5 E penicilline G en 1  $\gamma$  ampicilline per ml is matig gevoelig, omdat in sputum deze concentraties kunnen worden bereikt.

#### LITERATUUR

- 1 Davies BJ, Soeters W, Maesen FPV. Voor penicilline ongevoelige pneumokokken in Nederlands Limburg. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 59-61.

Kerkrade, januari 1983

H. BEEUWKES  
V.H. RUTGERS  
J.L.M. BOONSTRA

1. Om contaminatie door mondf flora uit te sluiten hebben wij bij beide patiënten bronchoscopie verricht en materiaal afgezogen. Telkens werden dezelfde pneumokokken met hetzelfde resistentiepatroon, gelijk aan die uit het sputum werden gekweekt, gevonden. Overigens zijn wij van mening dat bacteriën die groeien uit goed purulent sputum, dat bewerkt is volgens de methode van Mulder,<sup>1</sup> representatief zijn voor de bronchusflora.

2. Wij achtten het begrip „rough” (en dus niet serologisch typeerbaar) voldoende bekend. In een normaal laboratorium voor microbiologie in een algemeen ziekenhuis worden *Streptococcus pneumoniae*-stammen meestal alleen gedetermineerd (niet eens in alle laboratoria) en een gevoeligheidsbepaling gedaan. Serotypering van sputumstammen wordt zelden, een virulentieproef bij muizen wordt nooit gedaan. Voor deze onderzoeken bestaat overigens zelfs geen tarief.

3. Evenmin bestaat er een tarief voor bepalingen van de MRC/MBC-ratio. Dit gegeven is erg interessant, maar wordt in de regel buiten academische of onderzoekslaboratoria zelden of nooit bepaald.

4. De toename van ongevoeligheid van *Haemophilus influenzae* en *Branhamella catarrhalis* verontrust ons meer dan die van de pneumokokken, omdat de eerste overal ter wereld voorkomt, niet goed in te perken blijkt te zijn én omdat er geen geschikt, goedkoop, oraal werkzaam alternatief antibioticum tegen voorhanden is. Dit is, zoals wij hebben aangetoond, wel het geval voor de resistente pneumokokken.

5. Dat in het Kerkradse 6% van de *Streptococcus pneumoniae*-stammen resistent is tegen penicilline G en amoxicilline – bijna zoveel als in Nieuw Guinea! – is een ongemeen belangrijk gegeven, dat vele epidemiologen niet alleen in Nederland, doch over geheel de wereld met interesse zullen begroeten. Een georganiseerd onderzoek naar de gevoeligheid van pneumokokken, de serotypering en het resistentiepatroon voor geheel Nederland, in navolging van wat Vandepitte en Yourassowski in België deden,<sup>2,3</sup> lijkt ons erg zinvol, te meer daar in België geen resistente