

## 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)

### *Beenamputaties bij ouderen met diabetes mellitus*

In zijn artikel tracht collega Akkerman een antwoord te geven op een aantal door hem gestelde vragen over de invloed van diabetes mellitus op een aantal aspecten van beenamputaties.<sup>1</sup> Hij vergelijkt een groep diabetici met amputaties, met een groep om andere redenen geamputeerden. Nergens worden evenwel gegevens over de samenstelling van beide groepen vermeld (leeftijd, geslacht, bijkomende ziekten, e.a.); m.a.w. het is niet duidelijk of beide groepen (met uitzondering van diabetes mellitus) vergelijkbaar zijn. Indien de groepen niet vergelijkbaar zijn, zijn de conclusies die hij eraan verbindt gevaarlijk of op z'n minst „invaliden”. Bovendien kunnen – door het ontbreken van patiëntgegevens – zijn resultaten niet vergeleken worden met die van andere, in dit veld werkzame collegae.

Wat de indicatiestelling betreft: onzes inziens verdient een onderbeenamputatie (indien mogelijk) altijd de voorkeur boven een bovenbeenamputatie. Een bovenbeenamputatie (laten) verrichten omdat „de algemene conditie van patiënt zo slecht is dat hij zijn verdere leven van een rolstoel gebruik moet maken” is onzes inziens een onjuiste indicatie. Bij een onderbeenamputatie is de zitbalans veel beter en de zit comfortabeler dan bij een hogere amputatie. Ook korte, al dan niet manueel gesteunde, transfers zijn met een onderbeenprothese beter mogelijk dan met een bovenbeenprothese.

Jammer is het dat collega Akkerman in zijn artikel de mogelijkheid van een knie-articulatie niet noemt. Deze ingreep heeft naar onze mening de voorkeur boven een bovenbeenamputatie, onder meer door de eenvoudige snelle, weinig bloedige operatietechniek, de uit prothetisch oogpunt goede stompvorm (geen noodzaak van bandages) en de goede belastbaarheid van het uiteinde van de stomp.<sup>2</sup> In het verleden was bij de prothesevoorziening van deze amputatie (de lengte van) het kniescharnier het moeilijkste punt. Met de huidige prothesen is dit nadeel nagenoeg geheel ondervangen. In tegenstelling tot collega Akkerman zijn wij van mening dat alle mogelijkheden van de moderne prothesiologie (uiteraard alleen indien geïndiceerd) evenzeer van toepassing dienen te zijn op de oudere patiënt als op alle andere categorieën patiënten. Wij kunnen ons aansluiten bij de conclusie van Reyes et al.: „We feel there is no justification for the long standing reluctance to rehabilitate elderly patients merely on the basis of age.”<sup>3</sup>

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Akkerman HP. Beenamputaties bij ouderen met diabetes mellitus. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1179-82.

<sup>2</sup> Beacock CJM, et al. A modified Gritti Stokes amputation: its place in the management of peripheral vascular disease. Ann R Coll Surg Engl 1983; 65: 90.

<sup>3</sup> Reyes RL. Elderly patients with lower extremity amputations. Arch Phys Med Rehab 1977; 58: 116-23.

Leiden, juli 1983

P.J.A. TEN HENGEL  
A.F. HOEKSMAN  
J.C. JONGBLOED

Om twee redenen is in de groep patiënten die ouder zijn dan 70 jaar geen differentiatie aangebracht naar leeftijd, geslacht, bijkomende ziekten enz. De groep van 60 patiën-

ten is daarvoor te klein en de getallen kwamen geheel overeen met die uit de wereldliteratuur. Bovendien lag het accent van het onderzoek op de vele aspecten die bij de diabetespatiënt van belang zijn als hij een beenamputatie moet ondergaan. De dwingende voorkeur van de inzenders voor een onderbeenamputatie is vanuit een algemeen revalidatie-standpunt gezien begrijpelijk, maar in de geriatrische ogen discutabel.

Het gegeven dat 40% van de diabetici binnen één jaar een homolaterale re-amputatie moet ondergaan en wel in hun laatste levensjaar met als gevolg psychische achteruitgang, demotivatie, opnieuw beginnen met de reactivering (dus opnieuw opgenomen worden in een verpleeghuis) enz. doet mij zeer terughoudend zijn om altijd tot een onderbeenamputatie te adviseren. Om dezelfde redenen geef ik de raad om tot een bovenbeenamputatie te besluiten wanneer de algemene conditie zo slecht is dat de patiënt zijn verdere leven van een rolstoel gebruik moet maken. De moderne rolstoelen bieden een goed zitcomfort en de patiënt wordt in een later stadium in bed liggend niet gehinderd door een kniecontractuur. Afgezien van deze gezichtspunten, blijft natuurlijk als voornaamste punt dat voor de indicatiestelling onderbeen- of bovenbeenamputatie de bevindingen van de enkeldrukmetingen enz. beslissend zijn.

De exarticulatie in het kniegewricht is niet genoemd omdat in onze groep alleen amputatiepatiënten voorkwamen en de exarticulatie in de literatuur zelden wordt genoemd. Bovendien ging het in mijn artikel niet over operatietechnieken en de prothesiologie. Het is niet juist te menen dat ik tegenstander ben van de toepassing van de moderne prothesiologie voor oudere patiënten; ik heb geschreven dat alle mogelijkheden die de prothesiologie kan bieden niet zonder meer van toepassing zijn voor de oudere patiënt. Daarmee is bedoeld dat bijv. kniescharnieren, Sachvoeten, zuigprothesen enz. niet altijd moeten worden toegepast. Vooral de oudere patiënt zal individueel behandeld moeten worden en de prothese zal in fasen moeten worden opgebouwd, waarbij soms moet worden besloten terug te gaan naar een vorige. Met de opmerking van Reyes ben ik het geheel eens; nog te vaak zegt een chirurg „ik heb zo maar geamputeerd, want voor een prothese is de patiënt toch te oud”.

Door een goede benadering en behandeling is het mogelijk nog enige inhoud te geven aan de laatste levensjaren van de oudere amputatiepatiënt. Dat was de slotzin van mijn artikel en nu ook van mijn reactie op het ingezonden stuk.

Dieren, juli 1983

H.P. AKKERMAN

### *Dood door één tablet Burgodin*

De waarschuwing van collega Van den Boezem tegen het gebruik van Reasec (difenoxylaat) door kinderen met diarree, is voor ons reden om de intoxicatie onder de aandacht te brengen van een preparaat waarvan de bijsluitertekst eveneens te kort schiet.<sup>1</sup>

Op een dag is een gehele familie bij elkaar in het huis van de grootouders. Men heeft zo juist vernomen dat oma niet lang meer te leven heeft. Iedereen is erg overstuur. Op het

aanrecht lag een tabletje bezitramide (Burgodin, 5 mg). Het is verdwenen. Zou de 2-jarige kleindochter het hebben opgegeten of ligt het in de gootsteen? Het krijgt te weinig aandacht in de golf van emoties. De 2-jarige, die ook nog verkouden is, wordt ontzettend druk en opgewonden. Zij loopt en valt overal tegenaan. Men wijt het aan de algemene ontsteltens. Als zij uiteindelijk in slaap is gekomen, laat men haar dan ook de hele volgende dag doorslapen. Het valt wel op dat ze rochelend ademt en wat grauw ziet, maar pas 's avonds merkt men dat ze niet meer wakker te krijgen is. Dan wordt alles duidelijk. Dertig uur na het verdwijnen van het tabletje wordt zij opgenomen. Ondanks alle geneeskundige inspanning en alle ertoe beschikbare apparatuur, overlijdt het meisje aan de gevolgen van anoxie. Bij obductie worden ernstige beschadigingen in de hersenen en in de lever gevonden en een confluërende bronchopneumonie in de onderkwab van de rechter long.

Bezitramide is een morfinomimetisch analgeticum en valt onder de opiumwet. De grote gevoeligheid van jonge kinderen voor opiaten is al vele tientallen jaren bekend. Bij dit patiëntje bestond een duidelijk excitatiestadium. Ook de klinische verschijnselen waren typisch voor een opiaatintoxicatie. Helaas werd geen bloedspiegel bepaald, zodat het bewijs niet werd geleverd. De anamnestiche gegevens en de klinische verschijnselen zijn echter zeer suggestief. Burgodin is net als Reasec een synthetisch opiaat en ook voor Burgodin geldt dat de bijsluitertekst moet worden aangevuld en wel in heldere taal, zodat dit ook voor een leek te bevatten is. Als het excitatiestadium op de bijsluitervermeld was geweest, had men de intoxicatie mogelijk eerder herkend. Dat ingestie door kinderen levensgevaarlijk is, dient eveneens op de bijsluitertekst te worden vermeld.

Burgodin is niet onschuldig: de fabrikant adviseert om patiënten die deze therapie krijgen, klinisch in te stellen. Zij die het preparaat voorschrijven hebben evenwel ook hun verantwoordelijkheid: zij dienen zich niet alleen te laten leiden door de medische indicatie bij hun patiënt, maar eveneens door de te verwachten zorgvuldigheid waarmee deze tabletten thuis bewaard gaan worden.

Een mondelinge waarschuwing bij het voorschrijven is niet overbodig, want kinderen vinden heel snel de weg naar oma's kastje en tasje en accidenteel geneesmiddelengebruik is tegenwoordig niet zeldzaam meer.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Boezem BEM van den. Waarschuwing tegen het gebruik van difenoxylaate (Reasec) door kinderen met diarree. Ned. Tijdschr Geneesk. 1983; 127: 911-2.

Oss, juni 1983

J.C.C.J.A. DE VOS  
O.J.J.M. ROHOF  
P.J.H. BERNSEN  
J.M.H. CONEMANS  
A.J.M. VAN UNNIK

### *Van chronische naar terminale nierinsufficiëntie*

De onder deze titel gevoerde discussie<sup>1-3</sup> behelst niet zozeer het vermijden van de terminale fase dan wel de mogelijkheid of onmogelijkheid om de chronische fase te verlengen d.m.v. een dieetvoorschrift. Bij deze discussie dient m.i. ook de sequentie „van chronische nierinsufficiëntie

via terminale nierinsufficiëntie naar niersufficiëntie (na transplantatie)” betrokken te worden want verlenging van de chronische fase zou bij jongere patiënten en op middelbare leeftijd wel eens minder gewenst kunnen zijn. Bij jongeren zou de totale ziekteduur verlengd worden, een vergroting van „het gat in het leven”. En of een langere duur van de chronische fase gepaard pleegt te gaan met minder morbiditeit en (of) kleinere mortaliteit na transplantatie staat te bezien; het tegendeel is ook denkbaar. Verder kunnen er, speciaal bij mensen van middelbare leeftijd, in de loop van de chronische fase relatieve en absolute contra-indicaties voor transplantatie ontstaan. Dientengevolge kunnen geslaagde pogingen om de chronische fase te verlengen resulteren in een kleinere vraag naar doorgangsdialyse en een grotere vraag naar permanente dialyse.

Bezien bij de driefasenstructuur zou de dieetmaatregel, indien deze effectief is, meer dan één averechts effect kunnen hebben.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Donker AJM. Ned Tijdschr Geneesk. 1983; 127: 20-6.  
<sup>2</sup> Jordans JGM. Ned Tijdschr Geneesk. 1983; 127: 351.  
<sup>3</sup> Koene RAP, Hoitsma AJ, Donker AJM, Jordans JGM. Ned Tijdschr Geneesk. 1983; 127: 754-6.

Eindhoven, mei 1983

J.E. KOOLIJ

### *Cryptokokkenmeningitis, herpes genitalis en orale candidiasis bij een homoseksuele man met een verworven immunodeficiëntie*

Van de patiënt beschreven in het artikel van Zegerius en Speelman<sup>1</sup> zijn inmiddels de uitvoerige obductiegegevens bekend. Gelet op de betekenis van een volledige documentatie van dit nog immer onbegrepen ziektebeeld lijkt het ons van belang om deze bevindingen alsnog te vermelden.

De obductie vond plaats 12 uur na overlijden. De hersenen bevatten verspreide, geel gekleurde, haardvormige laesies beiderzijds in de nuclei lentiformes, het cerebellum en de stam. Bij microscopisch onderzoek bleken deze te berusten op necrotiserende ontstekingsprocessen waarin cryptokokken werden aangetoond. De meninges toonden macroscopisch geen afwijkingen; bij microscopisch onderzoek werden cryptokokken aangetoond, die ook uit de bij obductie verzamelde liquor cerebrospinalis werden geïsoleerd. De milt en de lymfeklieren toonden een opvallende depletie van lymfocyten. De dunne darm toonde een uitgebreide vlokkenatrofie, waarvan de oorzaak niet kon worden vastgesteld. Uit de darmwand werd cytomegalovirus gekweekt. In het mesenterium werden veel geel gekleurde lymfeklieren aangetroffen, welke bij microscopisch onderzoek massaal geïnfiltrerd waren met atypische mycobacteriën. Deze micro-organismen werden ook aangetroffen in de darmwand, de milt, de lever en de longen. In de longen werden bovendien cryptokokken aangetroffen, welke verder de paratracheale lymfeklieren hadden geïnfiltrerd. *Pneumocystis carinii* werd door ons niet aangetroffen.

Afgezien van de huidafwijkingen in het anogenitale gebied werden tevens afwijkingen gezien op de linker schouder. Bij microscopisch onderzoek bleken deze te berusten op sarcomen van het type Kaposi. In het duodenum werd eveneens een Kaposi-sarcoom gevonden.

Deze bevindingen onderstrepen dat bij patiënten met