

distale gedeelte van de M. sphincter internus in over een afstand van ongeveer 2 tot 3 cm. Hoewel op zichzelf zeker eenvoudig te noemen, zijn wij toch van mening dat deze ingreep slechts door degenen moet worden uitgevoerd die een grondige kennis van de anatomie van het sphincterapparaat bezitten. Het lijkt ons niet waarschijnlijk dat de gemiddelde huisarts tot die groep behoort.

Tilburg, augustus 1983

TH.J.M.V. VAN VROONHOVEN
W.R. SCHOUTEN

Dat van Vroonhoven en Schouten in een klinische les de aandacht vragen voor de nogal eens miskende en gebagatelliseerde anusfissuur is verheugend.¹ Gezien de educatieve opzet ervan, is het evenwel nuttig te waken voor te grote simplificatie. Een, niet nader verantwoord, gunstig resultaat van bijna 100% met minder dan 3% recidief, na een laterale interne sfincterotomie, gefundeerd op een in hoofdzaak anatomisch en technologisch protocol, vraagt om verdere aandacht. Het probleem is niet alleen een lokale fissuur, opgevat als een gevolg van een lokale verwonding en aanleiding gevend tot een lokale spasmus van de interne sphincter. Behalve door plaatselijke predispositie zoals constipatie, ontsteking, poliep, hemorroiden of congenitale afwijkingen, ontstaat de fissura ani niet zelden als gevolg van of in nauwe samenhang met algemene ziekten, bijvoorbeeld van gastro-enterologische, tropische of venerische aard. Vele ervan (bijvoorbeeld de ziekte van Crohn, tuberculose, lues, gonorrhoe) zijn vaak nog klinisch latent of niet herkend. In dit verband rijst de vraag in hoeverre bij het ontstaan van de fissuur de slijmvlieswond dan wel de spasmus primair is. Instructief hiervoor is een onderzoek naar de relatie tussen de fissuur en het ulcus pepticum.² Daarnaast is en blijft de laterale interne sfincterotomie een bloedige ingreep met alle gevolgen vandien (incontinentie - cave alleen al bevulling - ontsteking, fistel, bloeding, prolaps enz.).³

Derhalve moet behalve een meer genuanceerde diagnostiek en selectie, ook het verkleinen van het behandelings-trauma onze interesse blijven houden, waartoe de vroeger reeds toegepaste injectiemethode is te overwegen. Hierbij wordt een dunne injectienaald onder de skin-tag ingebracht tot onder het midden van de fissuuroppervlakte, waarna vrij snel minstens 10 ml 1 tot 2% lokaal anaestheticum wordt ingespoten. De fisteloppervlakte en de daaronder liggende weefsels met interne sphincter worden daardoor opgeblazen, uitgerekt en ingescheurd tot een pingpongbalachtige zwelling, met hetzelfde doel en vaak hetzelfde effect als bij oprekking in narcose of bij bloedige klieving. De ervaring leerde dat de naaldlengte en -dikte, het niveau en de wijze van inspuiting (direct onder de fistelbodem zonder beschadiging ervan), het nadrukkelijk voorkomen van meer punctie-perforaties (mislukte en herhaalde injecties, onnodig terugtrekken, te ver doorstoten) en het éénmaal uitvoeren (10-14 dagen afwachten voor eventueel een 2e poging) van grote invloed zijn op het welslagen. Het à vue brengen door assistentie vergemakkelijkt het volgen van de voorschriften. Mijn destijds opgebouwde ervaring is groot en de resultaten zijn zeker bemoedigend, maar niet voor bijna 100%. Teleurstellingen door onvoldoende kennis van samenhangende ziekten of door onzorgvuldige injectie, oprekking of operatie met hun eventuele complicaties, behoeven voortdurende kritische opstelling. Met het alleen al in eerste instantie toepassen van de injectiemethode kunnen althans eventuele risico's van een oprekking en het gebruik van de bistouri worden vermeden.

LITERATUUR

- ¹ Vroonhoven ThJMV van, Schouten WR. Fissura ani. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1273-5.
- ² Bellomo R. Fissure anale et ulcère gastro-intestinal. Proctologia 1961; 1 (no 2): 16-20.
- ³ Hoffman DC, Goligher JC. Lateral subcutaneous internal sphincterotomy in treatment of anal fissure. Br Med J 1970; iv: 676.

Arnhem, augustus 1983

P. DE GRAAFF

De opzet van onze klinische les was om dieper in te gaan op symptomen van verschijnselen van de fissura ani, alsmede te wijzen op nieuwe diagnostische mogelijkheden. Niet om uit te weiden over therapeutische alternatieven waar collega De Graaff de nadruk op legt.

Na lezing van de uitvoerige beschrijving van zijn zeer persoonlijke benadering blijven wij als behandeling de voorkeur geven aan de laterale interne sfincterotomie, omdat in ieder geval in onze handen het hanteren van de bistouri minder traumatiserend lijkt dan de door hem beschreven injecties waarbij „de weefsels worden opgeblazen, uitgerekt en ingescheurd tot een pingpongbalachtige zwelling”.

Tilburg, september 1983

TH.J.M.V. VAN VROONHOVEN
W.R. SCHOUTEN

Maagstompcarcinoom

Het lijkt mij een tekortkoming dat, voor zover ik ook in het verleden heb kunnen nagaan, in geen van de na-onderzoekingen wordt vermeld of de resecties indertijd werden uitgevoerd voor een ulcus ventriculi of een ulcus duodeni. Beide zijn immers wezenlijk verschillende aandoeningen. Ook in het laatste artikel over dit onderwerp¹ ontbreken deze belangrijke gegevens en in de ingezonden brief² naar aanleiding van dit artikel wordt aan dit gemis geen aandacht besteed.

LITERATUUR

- ¹ Welvaart K, Warnsinck HM. Hoe vaak komt maagstompcarcinoom voor? Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2374-6.
- ² Vandenbroucke JP, Coebergh JWW. Maagstompcarcinoom na maagresectie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 980.

Wageningen, juli 1983

D.J. HISSINK

Terecht vraagt collega Hissink zich af waarom in de diverse na-onderzoekingen niet expliciet wordt vermeld of de primaire resectie destijds werd uitgevoerd voor een ulcus ventriculi of een ulcus duodeni. In ons artikel vermeldden wij dat „264 patiënten een maagresectie ondergingen wegens ulcus duodeni (164 mannen, 20 vrouwen) of maag-
ulcus (66 mannen, 14 vrouwen)”. Omdat slechts een gering aantal patiënten later een stompcarcinoom krijgt, heeft het geen zin op dit kleine aantal aan te tonen of het verschil maakt of de resectie wegens ulcus duodeni dan wel ulcus ventriculi werd verricht. Om die reden zijn wij hier niet verder op ingegaan.

Wanneer men de literatuur bestudeert, dan zijn er enkele auteurs die menen dat het stompcarcinoom vaker voorkomt na resectie wegens ulcus ventriculi.^{1,3} De meeste auteurs echter zijn van mening dat het geen verschil maakt of de primaire resectie voor ulcus duodeni dan wel ulcus ventriculi werd uitgevoerd.⁴⁻¹¹

- ¹ Helsingen N, Hillestadt L. Cancer development in the gastric stump after partial gastrectomy for ulcer. *Ann Surg* 1956; 143: 173.
- ² Griesser G, Schmidt H. Statistische Erhebungen über die Häufigkeit des Karzinoms nach Magenoperation wegen eines Geschwürsleiden. *Med Welt (Stuttg)* 1964; 35: 1836-44.
- ³ Nicholls JC. Stump cancer following gastric surgery. *World J Surg* 1979; 3: 371.
- ⁴ Pack GT, Banner RL. The late development of gastric cancer after gastroenterostomy and gastrectomy for peptic ulcer and benign pyloric stenosis. *Surgery* 1958; 44: 1024.
- ⁵ Liavaag K. Cancer development in gastric stump after partial gastrectomy for peptic ulcer. *Ann Surg* 1962; 155: 103.
- ⁶ Hilbe G, Salzer GM, Hussl H, Kutschera H. Die Carcinomgefährdung des Resektionsmagens. *Langenbecks Arch klin Chir* 1968; 323: 142-53.
- ⁷ Stalsberg H, Taksdal S. Stomach cancer following gastric surgery for benign conditions. *Lancet* 1971; ii: 1175.
- ⁸ Saegesser F, James D. Cancer of the gastric stump after partial gastrectomy (Billroth II principle) for ulcer. *Cancer* 1972; 29: 1150.
- ⁹ Peitsch W, Becker HD. Was ist gesichert in der Pathogenese und Häufigkeit des primären Carzinoms im operierten Magen. *Chirurg* 1979; 50: 33.
- ¹⁰ Schruppf E, Stadaas J, Myren J, Serck-Hanssen A, Aune S, Osnes M. Mucosal changes in the gastric stump 20-25 years after partial gastrectomy. *Lancet* 1977; ii: 476.
- ¹¹ Clark CG, Ward MWN, McDonald AM, Tovey FI. The incidence of gastric stump cancer. *World J Surg* 1983; 7: 236-40.

Leiden, september 1983

K. WELVAART

Een nomogram voor de bepaling van de nauwkeurigheid van leukocytentellingen

In zijn artikel stelt Rümke dat men kan aannemen dat de uitkomsten van bepalingen van het leukocytengehalte met behulp van automatische apparaten over het geheel genomen nauwkeuriger zijn dan de met de klassieke methode verkregen uitkomsten.¹ Mijns inziens valt dit nog te bezien en is mogelijk het omgekeerde waar.

De reproduceerbaarheid van elektronische tellingen overtreft weliswaar die van microscopische ruimschoots, de kans op het maken van systematische fouten bij het tellen met automatische apparatuur is echter groter dan die bij telling volgens de klassieke methode (fotometrie of conductometrie, afstelling verdunner, instelling drempelwaarden, coïncidentiecorrectie). De onnauwkeurigheid van een bepaling is de resultante van toevallige en systematische fouten. Systematische fouten zijn bij de microscopische tellingen relatief gering, mits men verschillende pipetten en telkammers gebruikt.

Uit enquêtes van de Stichting Kwaliteitsbewaking Klinisch-Chemische Ziekenhuislaboratoria waar 160 laboratoria aan meedoen, blijkt dat na het verwerpen van uitbijters de variatiecoëfficiënt van elektronisch uitgevoerde leukocytentellingen in het gebied rond 4×10^9 /liter steeds omstreeks 15% bedraagt. Dit betekent dat bij telling door verschillende laboratoria van een bloedmonster dat $4,0 \times 10^9$ leuko-

cyten per liter bevat, de grenzen van het 95%-betrouwbaarheidsinterval voor het werkelijke leukocytengehalte 2,8 en $5,2 \times 10^9$ /l zijn (mits de verdeling normaal is). Ook de onnauwkeurigheid van elektronische tellingen is dus bepaald niet gering!

LITERATUUR

- ¹ Rümke ChrL. Een nomogram voor de bepaling van de nauwkeurigheid van leukocytentellingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1339-42.

Heemskerk, juli 1983

M. RUBENS

Voor deze aanvulling zeg ik de inzender hartelijk dank. Gegevens als die van de genoemde Stichting zijn onontbeerlijk wanneer men zich voor de praktijk een oordeel wil vormen over de nauwkeurigheid van de uitkomsten in ziekenhuislaboratoria.

Amsterdam, augustus 1983

CHR.L. RÜMKE

Invaginatie van de darm

In zijn klinische les schrijft Nuyens dat deze aandoening in de gemiddelde huisartsenpraktijk eens per 2 à 3 jaar voorkomt.¹ Dit kan niet juist zijn. Volgens Meadow en Smithells komt invaginatie gemiddeld eens per 12 jaar in de algemene huisartsenpraktijk voor (ter vergelijking: hypertrofische pylorusstenose eens per 4 jaar).² Deze laatste getallen lijken naar eigen ervaring ook voor de Nederlandse situatie betrouwbaarder. Door de betrekkelijke zeldzaamheid van de invaginatie kan deze aandoening te lang worden aangezien als een gastro-enteritis en daardoor te lang verkeerd worden behandeld.

LITERATUUR

- ¹ Nuyens CM. Invaginatie van de darm. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1465-7.
- ² Meadow SR, Smithells RW. *Lecture notes on paediatrics*. 2nd ed. Oxford: Blackwell scientific publications, 1977.

Leiderdorp, augustus 1983

S.E. BOS

Ik heb de frequentie van de diagnose opgevraagd bij de Stichting Medische Registratie. In 1979 werd de invaginatie als hoofddiagnose 222 maal gesteld, waarvan 192 maal bij personen jonger dan 15 jaar. Als nevendiagnose werd invaginatie in dat jaar 37 maal vermeld. Bij de berekening voor de gemiddelde huisartsenpraktijk is er een fout gemaakt en bij herberekening komt inderdaad de frequentie van eens per twaalf jaar veel dichterbij de werkelijkheid.

Roermond, augustus 1983

C.M. NUYENS

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Humaan-T-cel-lymfoomvirus (HTLV)-infecties in de Verenigde Staten. – Sinds de beschrijving van een patiënt uit

Alabama met een cutaan T-cel-lymfoom bij wie een humaan type C-retrovirus werd geïsoleerd, heeft men dit virus (HTLV=human T-cell lymphoma virus) en de antistoffen ook gevonden bij dergelijke patiënten in Japan en in het Caraïbische gebied (zie Ref. 1983; 127: 1109-10).

De ontdekking van een verband tussen een virus en een