

## 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)

### Over het beroepsgeheim

De eed van Hippocrates heeft de strengheid van een wet. Maar nood is nog strenger, immers: nood breekt wet. De moeilijkheid van de grensbepaling tussen wat kan en niet kan ligt dus in het aantonen van de hoogte van de nood.

's-Hertogenbosch, oktober 1983 M.C. COLENBRANDER

### Fissura ani

Het is nuttig dat niet alleen in de specialistische proctologische literatuur, maar ook in ons tijdschrift een plaats wordt ingeruimd voor de weliswaar onschuldige, maar voor de patiënt vaak zeer hinderlijke en pijnlijke fissura ani. Enkele kanttekeningen zijn er echter bij de klinische les van Van Vroonhoven en Schouten wel te plaatsen.<sup>1</sup>

De etiologie van de fissura ani, een afwijking die op grond van de lokale anatomische verhoudingen bij de man vrijwel altijd in de achterste commissuur, bij de vrouw in de voorste commissuur kan worden aangetroffen, wordt wel erg simplistisch voorgesteld. Ons bezwaar richt zich echter vooral tegen de in verhouding tot het lijden veel te agressieve therapie, waaraan de auteurs als eerste behandeling de voorkeur geven. De laterale subcutane sfincterotomie geeft in 12% van de gevallen hinderlijke complicaties in de zin van verminderde controle van de flatus of faecale verontreiniging van het ondergoed; een enkele maal geeft het zelfs aanleiding tot verminderde controle over de defecatie.<sup>2 3</sup>

De belangrijkste conservatief-medicamenteuze behandeling wordt daarentegen door de auteurs in het geheel niet genoemd. Lokale toediening in de bodem van de fissura van hetzij een langwerkend lokaal anaestheticum, zoals bupivacaïne (Marcaine), hetzij een scleroserende stof als polidocanol (Aethoxysklerol) (2%) leidt in 70-85% van de gevallen na één of een enkele maal nog een tweede injectie tot genezing. Dit is ook de ervaring van onder andere Duhamel<sup>4</sup> en die van onze chirurgische afdeling. Pas na het mislukken van deze therapie of in het geval van een zeer gefibroseerde/geïndureerde fissura gaat men over tot een chirurgische therapie, waarbij ook onzes inziens de laterale subcutane sfincterotomie de voorkeur verdient boven de dilatatio ani. Deze laatste ingreep geeft behalve het nadeel van een opname bovendien ook nog een hoger percentage complicaties.<sup>2 3</sup> Bij onze patiënten van de laatste 2 jaar was operatieve therapie slechts bij ca. 13% noodzakelijk (24 van 183 patiënten).

Bij het medische handelen staat „primum nil nocere” voorop en dat kan van de laterale subcutane sfincterotomie als voorkeursbehandeling bij de fissura ani zeker niet worden gezegd.

#### LITERATUUR

- 1 Vroonhoven ThJMV van, Schouten WR. Fissura ani. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1273-5.
- 2 Goligher JC. Surgery of the anus, rectum and colon. 4th ed. London: Baillière and Tindall, 1980.
- 3 Hoffman DC, Goligher JC. Lateral subcutaneous internal sfincterotomy in treatment of anal fissure. Br Med J 1970; iii: 673.
- 4 Duhamel J. Proctologie aux divers âges. Paris: Flammarion, 1972.

Heerlen, september 1983

J.D.K. MUNTING

Het heeft er alle schijn van dat collega Munting vergeet dat een klinische les bedoeld is voor een breed lezersbestand en dat het daarom ook noodzakelijk kan zijn om bepaalde theorieën, bijvoorbeeld ten aanzien van de etiologie van de fissura ani in vereenvoudigde vorm naar voren te brengen, hetgeen iets anders is dan „simplistisch” waarover hij spreekt.

Er is natuurlijk niets tegen de door Munting beschreven methode als er goede resultaten mee worden behaald. Het past echter niet, de laterale interne sfincterotomie af te wijzen op grond van een betrekkelijk kleine serie,<sup>1</sup> terwijl grote series met voortreffelijke resultaten zijn gepubliceerd.<sup>2 3</sup>

Ook in onze eigen ervaring, die binnenkort in dit tijdschrift zal worden gepubliceerd, zagen wij nauwelijks complicaties, laat staan incontinentie voor faeces. Ook in Tilburg wordt het „primum nil nocere” nagestreefd en wel, in geval van een fissura ani, door middel van een laterale interne sfincterotomie.

#### LITERATUUR

- 1 Hoffman DC, Goligher JC. Lateral subcutaneous internal sfincterotomy in treatment of anal fissure. Br Med J 1970; iii: 673.
- 2 Notaras MJ. The treatment of anal fissure by lateral subcutaneous internal sfincterotomy - a technique and results. Br J Surg 1971; 59: 96.
- 3 Rudd WW. Lateral subcutaneous internal sfincterotomy for chronic anal fissure, an outpatient procedure. Dis Colon Rectum 1975; 18: 319.

Tilburg, oktober 1983

Th.J.M.V. VAN VROONHOVEN

### Renale osteodystrofie

Met belangstelling hebben wij de beide artikelen over renale osteodystrofie (R.O.D.) gelezen.<sup>1 2</sup> De auteurs brengen het histologische beeld van osteomalacie, als uitingsvorm van R.O.D., in verband met een bij nierinsufficiëntie gestoord vitamine D-metabolisme.

Gaarne willen wij erop wijzen, dat osteomalacie bij hemodialysepatiënten ook veroorzaakt kan worden door aluminiumstapeling in het bot. Deze door aluminium geïnduceerde vorm van osteomalacie gaat vaak gepaard met hypercalciëmie.<sup>3</sup> Behalve met osteomalacie wordt aluminiumintoxicatie, zoals bekend, in verband gebracht met „dialyse-encefalopathie” en microcytaire anemie.<sup>4 5</sup> In ons dialysecentrum van 69 patiënten ontwikkelden tot nu toe 3 patiënten osteomalacie, die in verband kon worden gebracht met als fosfaatbinder gebruikt aluminiumhydroxyde. Allen hadden hypercalciëmie. Bij 1 van deze patiënten persisteerde na subtotale parathyreoïdectomie de hypercalciëmie, ondanks daling van het serumparathormoon. Pas na staken van het aluminiumhydroxyde traden een daling op van het serum-aluminium en een normalisatie van het serumcalcium. Tevoren bestaande ribfracturen genazen. De 2 andere patiënten werden behandeld met desferrioxamine. Hiermee trad een duidelijke daling op van het aluminiumgehalte in bot en een normalisatie van het serumcalcium. Bij 1 werd bovendien histologisch een verbetering van de osteomalacie vastgesteld. Details van deze patiënten zijn elders beschreven.<sup>6 7</sup>

## LITERATUUR

- <sup>1</sup> Raber-Durlacher JE, Schächter MEJ, Abraham-Inpijn L, Bras J, Ooij CP van. Renale osteodystrofie I. Calcium- en fosfaatstofwisseling; normale toestand. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1542-6.
- <sup>2</sup> Raber-Durlacher JE, Schächter MEJ, Abraham-Inpijn L, Bras J, Ooij CP van, Wilminck JM. Renale osteodystrofie II. Pathologie en röntgendiagnostiek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1578-84.
- <sup>3</sup> Boyce BF, Elder HY, Elliot HL, et al. Hypercalcaemic osteomalacia due to aluminium intoxication. *Lancet* 1982; ii: 1009-13.
- <sup>4</sup> Alfrey AC, Gendre GR le, Kaehny WD. The dialysis encephalopathy syndrome. Possible aluminium intoxication *N Engl J Med* 1976; 294: 184-8.
- <sup>5</sup> Touam M, Marinez F, Lacour B, et al. Aluminium induced, reversible microcytic anemia in chronic renal failure: clinical and experimental studies. *Clin Nephrol* 1983; 19: 295-8.
- <sup>6</sup> Mudde AH, Roodvoets AP. Aluminium intoxication, hypercalcaemia and osteomalacia. *Lancet* 1982; ii: 608.
- <sup>7</sup> Mudde AH, Roodvoets AP. Aluminium intoxication, hypercalcaemia and osteomalacia in haemodialysis patients: treatment with desferrioxamine. *Proceedings of the Frances and Anthony d'Anna International Memorial Symposium. „Clinical disorders of bone and mineral metabolism“.* 1983. Ter perse.

Haarlem, september 1983

A.H. MUDDÉ  
A.P. ROODVOETS

Met opzet zijn wij in ons artikel over renale osteodystrofie niet ingegaan op de extra problemen die kunnen optreden in de calcium- en botstofwisseling bij chronisch gedialyseerde patiënten. Bij deze patiënten komen veelal de door ons beschreven vormen van renale osteodystrofie met verhoogde bot-ombouw voor. Bovendien worden bij enkele patiënten botafwijkingen waargenomen, gekenmerkt door osteomalacie met spontane fracturen, waar histologisch botonderzoek juist aanwijzingen geeft voor een „lage bot-ombouw“. Dit beeld, de laatste jaren beschreven als dialyse-osteomalacie,<sup>1</sup> wordt wellicht veroorzaakt door aluminiumdepositie in botweefsel. Vooral het bij dialyse gebruikte badwater kan een belangrijke bron zijn,<sup>2</sup> maar de bevindingen van de collega's Mudde en Roodvoets tonen aan dat ook langdurig voortgezette orale toediening van aluminiumhydroxyde de stapeling van aluminium in botweefsel kan veroorzaken. Hun waarnemingen inclusief de aangedragen therapeutische mogelijkheden zijn van groot belang en wij zijn hun derhalve zeer erkentelijk voor hun aanvullend commentaar.

## LITERATUUR

- <sup>1</sup> Druecke T. Dialysis osteomalacia and aluminium intoxication. *Nephron* 1980; 26: 207-10.
- <sup>2</sup> Flendrig JA, Kruijs H, Das HA. Aluminium intoxication. The cause of dialysis dementia. *Proc Eur Dial Transplant Ass* 1976; 13: 355-63.

Amsterdam, oktober 1983

J.M. WILMINK

*Galgangatresie*

In het Tijdschrift verschenen 3 publikaties gewijd aan galgangatresie.<sup>1-3</sup> De geciteerde incidentie van 1 geval per 20.000 geboorten door Houwen et al. en de uitspraak van Van der Heyde dat er in Nederland minder dan 10 patiënten per jaar voor operatie in aanmerking komen, is mijns inziens onjuist. Volgens het Nederlands Centraal Bureau voor de Statistiek zijn er in Nederland in de 10-jaarsperiode 1969-1978 2.012.600 kinderen geboren. In dezelfde periode zijn er 155 kinderen onder de leeftijd van 15 jaar overleden aan een congenitale aandoening van de lever en (of) galwegen. Vermoedelijk hadden deze kinderen galgangatresie die, gezien de meeste andere congenitale aandoeningen, zoals gerubriceerd onder het nummer 751.6 van de International

Classification of Diseases, niet dodelijk verliep. In ongeveer dezelfde 10-jaarsperiode, met name 1970-1979, bedroeg de dodelijk verlopende galgangatresie in het Sophia Kinderziekenhuis 82%. Aannemende dat de resultaten van behandeling in die periode in heel Nederland ongeveer dezelfde waren, kan men berekenen dat er nog 34 kinderen in leven zijn. De geschatte incidentie van galgangatresie in Nederland bedraagt derhalve 0,93 per 10.000 geboorten, wat voor het actuele geboortecijfer 15 à 16 nieuwe gevallen per jaar betekent. Deze gegevens zijn gepubliceerd in the *Journal of the Japanese Society of Pediatric Surgeons*.<sup>4</sup> Deze incidentie verschilt niet wezenlijk van de incidentie in Zuid-Oost-Engeland<sup>5</sup> en in Japan.<sup>6</sup>

Terecht wordt door Houwen et al. en door Festen opgemerkt dat postoperatieve cholangitis een groot probleem is. De belangrijkste preventieve maatregel op dit ogenblik is een vroegtijdig doorgevoerde operatie.<sup>7</sup> Ofschoon er inderdaad weinig vergelijkend onderzoek bestaat over de invloed van het type van de bilio-digestieve anastomose op het optreden van postoperatieve cholangitis, zag Kasai na 1971 met het invoeren van de dubbele Y-hepato-porto-jejunostomie de incidentie van cholangitis van 70% tot 35% dalen.<sup>8</sup> De hepato-porto-jeuno-duodenostomie daarentegen scoorde een cholangitisincidentie van 92%.<sup>7</sup> Er zijn geen onderzoeken over het effect van selectieve darmdecontaminatie. Onderzoek dienaangaande wordt op het ogenblik in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht uitgevoerd. Of de heterotopie levertransplantatie na een niet succesvolle hepato-porto-enterostomie een redelijk alternatief is, zoals gesteld door Van der Heyde, is mijns inziens twijfelachtig, aangezien de eigen lever, in verband met de hoge incidentie van postoperatieve cholangitis, als geïnfecteerd moet worden beschouwd en derhalve beter kan worden verwijderd.

Een ander probleem, dat echter ook bij de orthotopie transplantatie speelt (althans wanneer toegepast op kinderen met galgangatresie), is de onmogelijkheid om een choledochcholedochostomie te verrichten. Andere vormen van bilio-digestieve anastomosen zijn duidelijk inferieur gebleken.<sup>9 10</sup>

Tenslotte lijkt het voorbarig wanneer Van der Heyde in zijn commentaar op de artikelen uit Rotterdam en Nijmegen concludeert dat alleen daar dergelijke operaties mogen worden uitgevoerd. Immers, ook in Amsterdam, Groningen en Utrecht is ruime kinderchirurgische ervaring aanwezig ten aanzien van de behandeling van galgangatresie.

## LITERATUUR

- <sup>1</sup> Houwen RHJ, Molenaar JC, Sinaasappel M. Galgangatresie en de operatie volgens Kasai: ervaringen gedurende de periode 1972 t.m. 1981. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1565-8.
- <sup>2</sup> Festen C. Ervaringen met de chirurgische behandeling van kinderen met galgangatresie: resultaten van hepatoporto-enterostomie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1569-72.
- <sup>3</sup> Heyde MN van der. Galgangatresie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 1585-6.
- <sup>4</sup> Bax NMA, Molenaar JC. The incidence and fatality of biliary atresia. An indicator for the need for pediatric liver transplantation. *J Jpn Soc Pediatr Surg* 1982; 18: 1023-7.
- <sup>5</sup> Psacharopoulos HT, Mowat AP, Williams R. Epidemiological study of hepatitis syndrome in infancy in Southeast England: incidence and early course. In: Kasai M, Shiraki K, eds. *Cholestasis in infancy*. Baltimore: University Park Press, 1980: 11-7.
- <sup>6</sup> Shim WKT, Kasai M, Spence MA. Race and biliary atresia. In: Kasai M, Shiraki K, eds. *Cholestasis in infancy*. Baltimore: University Park Press, 1980: 5-10.
- <sup>7</sup> Hays DM, Kimura K. Biliary atresia. The Japanese experience. Cambridge: Harvard University Press, 1980: 115.
- <sup>8</sup> Kasai M. Hepatic porto-enterostomy and its modifications. In: Kasai M, Shiraki K, eds. *Cholestasis in infancy*. Baltimore: University Park Press, 1980: 337-44.