

## Huidige inzichten in de medicamenteuze behandeling van galstenen

Het caput selectum van Van Berge Henegouwen et al. geeft een fraai overzicht van onze kennis over het ontstaan van galstenen.<sup>1</sup> Theoretisch is dit bijzonder interessant. Bij hun, voorzichtig geformuleerd, voorstel tot toepassing van deze verworvenheden in de algemene praktijk zijn enkele kanttekeningen mogelijk.

Met betrekking tot de „stille stenen” moet worden opgemerkt, dat Gracie en Ransohoff de profylactische cholecystectomie niet afwijzen wegens de postoperatieve sterfte, maar omdat naar hun waarnemingen deze „stille stenen” veel minder vaak leiden tot klachten en complicaties dan vroeger wel werd aangenomen.<sup>2</sup> Het dilemma bij de „stille stenen” is (nog) niet hoe zij behandeld moeten worden, maar óf zij behandeld moeten worden. Door de medicamenteuze behandeling verkeert lithogene gal in niet-lithogene gal. Dit farmacologische effect verdwijnt na staken van de medicatie, tenzij het gelukt bepaalde lithogene factoren uit te schakelen. Het aantal nu bekende lithogene factoren is echter gering en ze zijn niet in alle gevallen gemakkelijk te elimineren. Het lukt niet iedereen het overgewicht kwijt te raken. De anticonceptiepil heeft haar nadelen (waaronder lithogeniciteit), maar andere vormen van anticonceptie eveneens, zodat de keuze soms toch op de pil moet vallen. Clofibrat wordt vrijwel alleen gegeven bij hyperlipidemieën, afwijkingen die op andere wijze het leven bedreigen. Galstenen zijn wellicht te verkiezen boven een hartinfarct. Vooral nog lijkt het verstandig aan te nemen, dat blijvende verlossing van galstenen door een eenmalige medicamenteuze behandeling in een minderheid van de gevallen zal voorkomen. Voor de grote meerderheid zal een of andere vorm van voortgezette behandeling na geslaagde oplossing van de stenen noodzakelijk zijn. Onderzoek hiernaar is in gang.<sup>3</sup>

Dit nu roept een aantal vragen op. Jaarlijkse röntgencontrole van een jonge vrouw (35 jaar?) gedurende haar verdere leven (nogmaals 35 jaar?) kan ondervangen worden door echografie. In de eerste plaats hangt het resultaat op de lange duur af van de mate van zelfdiscipline van de patiënt die geen klachten heeft, om zich het gehele verdere leven te laten controleren. Uit andere situaties is bekend, dat een dergelijk systeem veel uitvallers kent. De tweede vraag is, of deze wassende stroom van echografisch onderzoek kan worden verwerkt. Ten derde is er het punt, dat de patiënt op deze wijze niet loskomt van de dokter, nog afgezien van de vraag hoe zwaar het weegt, te weten dat een misschien niet erg gevaarlijke, maar wel hinderlijke afwijking steeds kan terugkomen. Het is niet wel mogelijk deze bezwaren af te wegen tegen de kans op postoperatieve sterfte, hoe gering die ook in de door schrijvers aangegeven groep zal zijn.

Het gaat mij echter te ver deze bezwaren buiten beschouwing te laten. Mijns inziens dient dit werk wel te worden voortgezet door geïnteresseerde deskundigen, zoals de schrijvers, maar de methode dient thans nog niet geschikt te worden verklaard voor de algemene praktijk.

### LITERATUUR

- 1 Berge Henegouwen GP van, Werf SDJ van, Schalm SW. Huidige inzichten in de medicamenteuze behandeling van galstenen. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1965-9.
- 2 Gracie WA, Ransohoff DF. The natural history of silent gallstones: the innocent gallstone is not a myth. N Engl J Med 1982; 307: 798-800.
- 3 Ruppin DJ, Dowling RH. Is recurrence inevitable after gallstone dissolution by bile-acid treatment. Lancet 1982; i: 181-5.

Nijmegen, november 1983

E.J.C. LUBBERS

Het commentaar van collega Lubbers op ons overzicht over de medicamenteuze behandeling van galstenen geeft ons de gelegenheid enige punten nader toe te lichten.<sup>1</sup> Het behandelen of niet-behandelen van patiënten met galstenen, zonder verschijnselen („stille galstenen”) is inderdaad al decennia lang een bron van discussie geweest. Zeer kort geleden hebben Ransohoff et al. echter wel gewezen op het probleem van de postoperatieve sterfte bij het profylactisch toepassen van een cholecystectomie in verband met galstenen.<sup>2</sup> Op grond van een, statistisch gezien, kleine verkorting van de levensverwachting en ook wegens het kostenaspect wordt een profylactische cholecystectomie duidelijk afgevoerd bij de galsteenpatiënt zonder klachten. Waarschijnlijk kan een uitzondering worden gemaakt voor de galsteenpatiënt met diabetes mellitus, omdat bij hen vaker complicaties zouden ontstaan.

De medicamenteuze behandeling met chenozeur of ursozuur geeft ons nu ook de mogelijkheid om zonder al te groot risico of ongemak voor de patiënt galstenen te doen verdwijnen. Lubbers heeft natuurlijk gelijk, wanneer hij stelt dat een verandering in levenswijze waarmee lithogene factoren kunnen worden geëlimineerd, in de praktijk moeilijkheden oplevert. Toch kan een dergelijke aanpak in een aantal gevallen wel slagen en kan zo een recidief van de galsteenziekte worden voorkomen. Overigens kunnen we ook weer niet al te optimistisch zijn, omdat diverse onderzoeken hebben uitgewezen dat de kans op recidiefstenen na geslaagde medicamenteuze behandeling ongeveer 50% is na 4-5 jaar. Lubbers maakt zich dan ook terecht zorgen over het kostenaspect van het vervolgonderzoek bij deze patiënten. Het belangrijkste doel van ons overzicht was echter het meer bekendheid geven aan de mogelijkheden en onmogelijkheden van de medicamenteuze behandeling. Voorlopig blijft het indicatiegebied voor deze behandeling beperkt tot de strenge selectiecriteria die in ons overzicht zijn beschreven. Deze leiden tot de voorzichtige schatting dat minder dan 10% van het totale aantal galsteenpatiënten voor deze behandeling in aanmerking komt. Voor de algemene praktijk is het echter wel belangrijk de mogelijkheden te onderkennen die heden ten dage voor de behandeling van galstenen beschikbaar zijn. Dit houdt onder meer in dat een verwijzing van de huisarts naar de specialist wegens galstenen niet zonder meer naar de chirurg dient te zijn. Eerst dient gekozen te worden uit één van de drie mogelijkheden: geen behandeling nodig, medicamenteuze behandeling of cholecystectomie.

### LITERATUUR

- 1 Berge Henegouwen GP van, Werf SDJ van, Schalm SW. Huidige inzichten in de medicamenteuze behandeling van galstenen. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1965-9.
- 2 Ransohoff DF, et al. Ann Intern Med 1983; 99: 199-204.

Arnhem, december 1983 G.P. VAN BERGE HENEGOUWEN

## Zwangerschap en diabetes mellitus; behandeling en resultaten in de periode 1969-1982

De artikelen van Smorenberg-Schoorl, en Heringa, en van De Nobel en het commentaar van Treffers en Doorenbos over diabetes mellitus en zwangerschap leggen nog eens de nadruk op het thans belangrijkste probleem bij de behandeling van diabetes mellitus zwangeren, namelijk de verhoogde kans op congenitale misvormingen bij de kinderen.<sup>1-3</sup> Zeven kinderen met ernstige afwijkingen (de minder