

ernstige afwijkingen werden buiten beschouwing gelaten) van wie 5 de neonatale periode overleefden, geboren uit 62 insulinebehoefte moeders met diabetes mellitus, is een hoog cijfer, vooral indien men zich realiseert dat deze afwijkingen waarschijnlijk te voorkomen zijn door scherpe normoglykemische instelling in de periode van organo- en morfogenese.

Een door Treffers en Doorenbos genoemd argument voor de mogelijkheid dat de oorzaak van de congenitale afwijkingen eventueel aan een nog onbekende aan de White-klasse gerelateerde factor toegeschreven kan worden, wordt niet ondersteund door de gebruikte literatuurverwijzing. Want Miller c.s. betrok in haar onderzoek 116 diabetische vrouwen, met uitzondering van patiënten uit White-klasse A.⁴ Zij vond geen significant verschil in HbA_{1c}-percentage tussen de White-klassen B en hoger en tevens geen statistisch significant verschil in aantal aangeboren afwijkingen bij kinderen geboren uit moeders van verschillende White-klassen. Exacte cijfers betreffende diabetes en zwangerschap zijn voor Nederland niet bekend, maar schattenderwijs komt men tot een cijfer van ongeveer 340 bevallingen bij insulinebehoefte diabeticae per jaar. Gesteld dat het percentage 11 (7 van 62) dat Smorenberg vond op de gehele Nederlandse bevolking van toepassing is, dan zouden in ons land per jaar 35 tot 40 ernstig misvormde kinderen bij diabetische moeders worden geboren. Blijkens in Oost-Duitsland uitgevoerd onderzoek kan dit getal door scherpe instelling, reeds vóór de conceptie, sterk teruggebracht worden.⁵ In dit verband willen wij graag nog eens herinneren aan een eerder, o.a. in dit tijdschrift, verschenen oproep tot medewerking aan een onderzoek naar de relatie HbA_{1c}-percentage vroeg in de zwangerschap van diabeticae en het voorkomen van congenitale afwijkingen.⁶ Om voldoende deelneming te kunnen bereiken, werd dit onderzoek eenvoudig opgezet zodat ook vanuit epidemiologisch oogpunt belangrijke informatie verkregen kan worden. Uit het artikel van Smorenberg en Heringa blijkt dat zelfs in een befaamd centrum het verzamelen van voldoende gegevens van een behoorlijk aantal patiënten in een redelijke tijdsperiode moeilijk is. De oproep van prof. dr. J. Terpstra, uitgesproken op het symposium Zwangerschap en Diabetes Mellitus in mei dit jaar in Rotterdam, gericht aan de verschillende centra in Nederland, om tot een gezamenlijke aanpak van onderzoek en behandeling van diabetische zwangerschappen te komen, blijft actueel en verdient honorering. Misschien zijn deze artikelenserie en onze reactie weer een extra prikkel om tot deze gezamenlijke aanpak te komen.

LITERATUUR

- 1 Smorenberg-Schoorl ME, Heringa GM. Diabetes mellitus en zwangerschap; behandeling en resultaten in de periode 1969-1982. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1999-2003.
- 2 Nobel E de. De instelling tijdens de zwangerschap van de vrouw met diabetes mellitus. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2009-12.
- 3 Treffers PE, Doorenbos H. Zwangerschap en diabetes mellitus: de prenatale zorg begint vóór de conceptie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2016-7.
- 4 Miller E, Hare JW, Cloherty JP, et al. Elevated maternal hemoglobin A_{1c} in early pregnancy and major congenital anomalies in infants of diabetic mothers. N Engl J Med 1981; 304: 1331-4.
- 5 Fuhrmann K, Reiher H, Semmler K, Fischer M, Glöckner E. Prevention of congenital malformations in infants of insulin-dependent diabetic mothers. Diabetes Care 1983; 6: 219-23.
- 6 Lips JP, Eskes TKAB, Nobel E de, Kreutzer HJH. Onderzoekproject „geglycolyseerde hemoglobine vroeg in de zwangerschap van insulinebehoefte diabeticae gerelateerd aan het voorkomen van congenitale afwijkingen”. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1020-1.

Nijmegen, november 1983

J.P. LIPS
T.K.A.B. ESKES

Sinus pilonidalis

Met interesse las ik het artikel van collega Patka over sinus pilonidalis.¹ In aansluiting aan de bewering dat de congenitale oorsprong van de aandoening meer en meer wordt betwijfeld, moet worden vermeld dat op de Kraamafdeling van de Leuvense Universiteit de incidentie van een coccygeaal kuiltje 2,8 percent bedraagt bij een korte tijd geleden onderzochte populatie van 1818 boorlingen. Meestal is het mogelijk de bodem van het kuiltje zichtbaar te maken door de huid over de punt van het staartbeen uit te spreiden. Slechts éénmaal was dit niet mogelijk en kon men spreken van een blind uitlopende sinus, die dan ook werd geëxciseerd. Lewin beschreef zelfs een acute ontsteking van de sinus pilonidalis bij een boorling.² Nauwkeurig nader onderzoek van boorlingen met een coccygeaal kuiltje zou kunnen bijdragen tot de vraagstelling of het aangeboren coccygeale kuiltje voorbeschikkend is tot de sinus pilonidalis-afwijkingen bij de volwassene.

LITERATUUR

- 1 Patka P. Sinus pilonidalis. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2075-8.
- 2 Lewin RA. Pilonidal sinus in infancy. Pediatrics 1965; 35: 795-7.

Leuven, december 1983

E. EGGERMONT

Gaarne wil ik collega Eggermont danken voor zijn reactie. Zijn voorstel voor een vervolgonderzoek van pasgeborenen met een coccygeaal kuiltje, om zo de oorsprong van de sinus pilonidalis vast te stellen, lijkt zinvol. Kennis van de ontstaanswijze van deze afwijking is immers van belang voor de keuze van de behandeling.

Aangezien de sinus pilonidalis zich pas later manifesteert, voornamelijk in het 2e en het 3e levensdecennium, zal het onderzoek niet alleen op de kinderleeftijd, maar ook later moeten plaatsvinden. Bovendien, om een bruikbaar resultaat te verkrijgen, zal een grote groep pasgeborenen met een congenitaal coccygeaal kuiltje naast een controlegroep aan dit onderzoek moeten deelnemen. Het vinden van het vereiste aantal pasgeborenen met een coccygeaal kuiltje zal, gezien het zelden voorkomen ervan (2,8%), veel tijd vergen. Dit zal leiden tot een langdurig onderzoek.

Amsterdam, januari 1984

P. PATKA

Een patiënte met aneurysma dissecans van de aorta

Met interesse lazen wij het artikel van collega Spielberg et al.¹ Dissectie van de aorta is een ernstige ziekte die vaker voorkomt dan algemeen wordt verondersteld, volgens sommigen zelfs 2 à 3 maal zo vaak als een ruptuur van een aneurysma van de aorta abdominalis.² Als aanvulling zouden wij graag twee kanttekeningen willen maken.

– In de eerste plaats: de indeling volgens De Bakey wordt in de laatste jaren meer en meer vervangen door de meer praktische indeling van de Stanford University in type A en B.³ Tot type A behoort iedere dissectie waarbij de aorta ascendens is betrokken, onafhankelijk van de plaats van de oorspronkelijke intimascheur. Alle andere dissecties behoren tot type B. Deze simpele indeling, welke ook door de Nijmeegse kliniek wordt gehanteerd, stoelt op verschil in pathofysiologische vooruitzichten (prognose) en op therapeutische consequenties. Bij patiënten met een dissectie van type A komen vroeg of laat bijna altijd levenbedreigende

complicaties voor, zoals ruptuur naar het pericard (harttamponade) of massale aorta-insufficiëntie. Operatie is derhalve voor deze patiënten onvermijdelijk. In het artikel van Spielberg et al. ontbreekt helaas een uitspraak over de behandeling van de dissectie van de aorta ascendens (type II vlg. De Bakey). Bij patiënten met een type B-dissectie zal men kiezen voor een conservatieve behandeling wanneer zich geen complicaties voordoen (hemiparese, paraplegie, anurie, ischemie van de benen enz.). Ook heeft de indeling in type A en B implicaties met het oog op de te gebruiken chirurgische methode: bij type A-dissecties, die benaderd worden via een sternotomie, moet men altijd een hart-longmachine gebruiken, terwijl in gevallen van type B, die het beste toegankelijk zijn via een laterale thoracotomie, ook een operatie zonder hart-longmachine mogelijk is.

– In de tweede plaats willen wij er met nadruk op wijzen dat de agressieve medicamenteuze behandeling (verlagen van de systolische bloeddruk en verminderen van de ejectiekracht van de linker ventrikel) óók essentieel is bij de behandeling van patiënten die zullen worden geopereerd.⁴ Er kan dus moeilijk gesproken worden over een keuze tussen twee behandelingsmethoden. Uit het artikel van Spielberg et al. zou men kunnen concluderen, dat er alleen dan een indicatie is voor chirurgische behandeling wanneer een dissectie bestaat van type I volgens De Bakey (de gehele aorta beginnend bij de aorta ascendens). Wij menen dat er ook een chirurgische behandeling moet worden overwogen bij patiënten met een andere lokalisatie van de dissectie bij wie (1) de vitale organen bedreigd worden door de belemmerde arteriële bloedvoorziening, (2) ruptuur of dreigende ruptuur ontstaat en (3) pijn of hypertensie medicamenteus niet beïnvloedbaar zijn.

In het algemeen is het beter te spreken over dissectie van de aorta dan over aneurysma dissecans, omdat lang niet iedere dissectie aanleiding geeft tot aneurysmavorming; dit was ook niet het geval in de beschreven casus.

LITERATUUR

- ¹ Spielberg B, Ree JK van de, Lommel W van, Mul H. Een patiënte met aneurysma dissecans van de aorta. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1955-9.

- ² Anagnostopoulos CE. Acute aortic dissections. Baltimore: University Park Press, 1975: 67.
³ Craig Miller D, Stinson EB, Oyer PE, et al. Operative treatment of aortic dissections. J Thorac Cardiovasc Surg 1979; 78: 365-82.
⁴ Wheat MW, Palmer RF, Bartley TD, Spielman RC. Treatment of dissecting aneurysms of the aorta without surgery. J Thorac Cardiovasc Surg 1965; 50: 364-8.

S.H. SKOTNICKI
F.G.M. BUSKENS
L.K. LACQUET

Gaarne danken wij de collegae Skotnicki, Buskens en Lacquet voor hun aanvullingen. Inderdaad leidde herclassificatie in de jaren zeventig tot de indeling in type A en B, maar ze wordt nog niet alom gebruikt en in de literatuur komt men nog vaak de indeling volgens De Bakey tegen.

Dissectie van de aorta ascendens zal in het algemeen chirurgische behandeling noodzakelijk maken. Hoewel de chirurgische methoden van extracorporele perfusie de laatste jaren zijn verbeterd, heeft de vervanging van de thoracale aorta door een prothese nog steeds een hoge sterfte, zelfs in handen van ervaren chirurgen en in daarvoor gespecialiseerde centra. Bij type II-dissectie volgens De Bakey kan het nodig zijn de aortaklep te vervangen.

In ons artikel spreken wij niet over een keuze tussen twee behandelingsmethoden. Vanzelfsprekend moeten patiënten die voor operatieve behandeling in aanmerking komen, pre-, per- en postoperatief medicamenteus behandeld worden; in de eerste plaats ten aanzien van bloeddrukregulatie.

Met de aanvullend genoemde indicaties voor chirurgische behandeling kunnen wij ons verenigen.

Inderdaad is de benaming aneurysma dissecans onjuist. Een aneurysma is een plaatselijke verwijding van een vat. Dissectie kan optreden zonder dat verwijding aanwezig hoeft te zijn. Zoals reeds vaak is gebleken, bevat onze medische terminologie vele onjuistheden.

Arnhem, december 1983

B. SPEELBERG
J.K. VAN DE REE
W. VAN LOMMEL
H. MUL

MEDEDELINGEN VAN HET STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

Voedselinfectie door garnalen

Blijkens informatie van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Utrecht, het Laboratorium voor Levensmiddelen Microbiologie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne te Bilthoven en de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Amsterdam, heeft zich tegen eind december 1983 een niet onbelangrijke „explosie” van bacillaire dysenterie door *Shigella flexneri* type 2 voorgedaan, waarbij op epidemiologische gronden een relatie met de consumptie van garnalen aannemelijk wordt geacht. De explosie heeft een aantal bejaarden het leven gekost.

Het betreft hier, zoals u uit persberichten heeft kunnen opmaken, zogenaamde „Noorse” garnalen die in Azië zouden zijn gepeld en kort voor Kerstmis 1983 in de handel gebracht. De eerste meldingen van ziektegevallen zijn

afkomstig uit de stad Utrecht; nu blijken zich ook elders ziektegevallen te hebben voorgedaan. Op grond van de gegevens die ons thans ter beschikking staan lijkt het voorkomen van deze ziektegevallen beperkt te zijn tot de provincies Utrecht, Gelderland, Noord- en Zuid-Holland. Ik moge u erop wijzen dat de besmetting niet uitsluitend via eet- of drinkwaren (in dit geval garnalen) behoeft plaats te vinden. Besmetting door direct contact met uitscheiders van *Shigellae* komt bij shigellosis frequent voor.

De *S. flexneri* type 2, die verantwoordelijk is voor de huidige explosie blijkt *ongevoelig* te zijn voor ampicilline, chlooramfenicol en tetracycline en *gevoelig* te zijn voor co-trimoxazol, aminoglycosiden en cefotaxim.

U wordt dringend verzocht verdachte gevallen van voedselinfectie waarbij garnalen als besmettingsbron worden