

De laterale interne sfincterotomie een geschikte methode is voor de behandeling van de anale fissuur en de resultaten van de divulsio ani (een recidief van 14% bij 64 patiënten in onze oude reeks) verre overtreft. Of deze operatie ook verricht dient te worden bij patiënten met een anamnese van enkele dagen kan men betwijfelen, omdat deze kort bestaande fissuren goed toegankelijk zijn voor conservatieve behandeling<sup>7</sup> en, naar mijn mening, een hoge rustdruk alléén geen indicatie mag vormen voor een sfincterotomie.

#### LITERATUUR

- 1 Schouten WR, Vroonhoven ThJMV van. Fissura ani; behandelingsresultaten na laterale interne sfincterotomie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 540-3.
- 2 Kuijpers HC. Is there really sphincter spasm in anal fissure? Dis Colon Rectum 1983; 26: 493-4.
- 3 Duthie HL, Watts JM. Contribution of the external anal sphincter to the pressure zone in the anal canal. Gut 1965; 6: 64-8.
- 4 Fischer M, Therman M, Hamelmann H. Manometrische Untersuchungen des Analkanals bei per primär chronischen Fissure vor und nach der Behandlung durch Dehnung oder Sphincterotomie. Chirurg 1978; 49: 111-3.
- 5 Shackelford RT. Surgery of the alimentary tract. Philadelphia: WB Saunders, 1955.
- 6 Parks AG, Thomson JPS. Intersphincteric abscess. Br Med J 1973; i: 537-9.
- 7 Goedbey S, Gordon P, Nivatvurys S. Essentials of anorectal surgery. Philadelphia: Lippincott, 1980.

Nijmegen, april 1984

J.H.C. KUYPERS

Zoals algemeen bekend is, gaat een fissura ani gepaard met een verhoogde rustdruk in het anale kanaal. Ook bij onze patiënten was deze rustdruk vergeleken met controlepersonen statistisch duidelijk hoger. Het is ons nog steeds niet helemaal duidelijk of deze hoge rustdruk oorzaak dan wel gevolg is van de fissura ani. Omdat bij de meeste patiënten met hemorroiden en bij patiënten met obstipatie vaak een vergelijkbare hoge druk wordt gevonden, gaat naar ons idee de hoge rustdruk in het anale kanaal vooraf aan het ontstaan van een fissuur of hemorroiden. Misschien predisponeert de hoge rustdruk tot deze aandoeningen, hetgeen echter nog door niemand bewezen is. Wij zijn ervan overtuigd dat de interne sphincter de hoge anale druk veroorzaakt. Deze overtuiging is vooral gebaseerd op het feit dat het partieel klieven van de interne sphincter niet alleen leidt tot een daling van de druk tot normale waarde maar ook tot een volledige genezing van de fissuur. Tijdens de door ons beschreven laterale interne sfincterotomie welke onder plaatselijke verdoving plaatsvindt, wordt de fissuur ongemoeid gelaten evenals de externe sphincter. Wij gebruiken geen spreider, zodat van een eventueel „therapeutisch” oprekken van de kringpijlen geen sprake is. Als de externe sphincter de oorzaak zou zijn, hoe is dan toch de genezing van de fissuur te verklaren na het simpel klieven van de interne sphincter?

Omdat de interne sphincter zich nog kan relaxeren, kan er volgens collega Kuypers geen sprake zijn van spasme. Wij kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat hij, na bestudering van een medische dictionaire, te veel uitgaat van de letterlijke betekenis van het woord spasme. Het lijkt ons dan ook nuttig het woord spasme van nu af aan niet meer te gebruiken. Om misverstanden te voorkomen is het waarschijnlijk beter te spreken van verhoogde activiteit of hypertonie van de interne sphincter, waarvan de verhoogde druk in het anale kanaal een uiting is. Het feit dat de interne-sphincterreflex is op te wekken, zegt alleen iets over de functie en niet over de activiteit van de interne sphincter.

Met collega Kuypers delen wij de mening dat een hoge rustdruk alléén geen reden is voor een sfincterotomie. De aanwezigheid van een fissuur is dat wel. En een fissuur kan men zien, zeker na toediening van een lokaal anaestheticum. Bij een zichtbare fissuur is verder onderzoek van het anale kanaal volstrekt overbodig. Een sfincterotomie onder plaatselijke verdoving is dat zeker niet.

Tilburg, april 1984

W.R. SCHOUTEN

### *De ziekte van Kawasaki, stof voor speculatie*

De collegae Winterberg en Krol bespraken de ziekte van Kawasaki en voegden aan de titel de woorden „stof voor speculatie” toe.<sup>1</sup>

Destijds beschreven de kinderarts Harinck en ikzelf in dit tijdschrift twee zuigelingen met necrotiserende arteriitis met aneurysmavorming van de kransvaten.<sup>2</sup> Deze ziektegevallen zouden thans als ziekte van Kawasaki worden bestempeld. In tegenstelling tot veel andere gepubliceerde gevallen konden wij bij een van deze patiëntjes een virusinfectie vaststellen, nl. door cytomegalovirus. Hierbij zij aangetekend dat behalve de isolatie van het virus uit het mondspoelsel, ook een stijging van de titers tijdens de ziekte kon worden waargenomen. Gelet op het bijzondere karakter van deze waarneming, menen wij dat het wellicht van belang is, deze reeds eerder gepubliceerde gevallen nogmaals onder de aandacht te brengen.

#### LITERATUUR

- 1 Winterberg DH, Krol LJ. De ziekte van Kawasaki, stof voor speculatie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 593-5.
- 2 Koten JW, Harinck E. Necrotiserende arteriitis met aneurysmavorming van de kransvaten bij zuigelingen. Ned Tijdschr Geneesk 1969; 113: 391-5.

Nijmegen, april 1984

J.W. KOTEN

Met veel belangstelling hebben wij het artikel van de collegae Koten en Harinck uit 1969 gelezen.<sup>1</sup> De door hen beschreven ziektegevallen hebben inderdaad veel overeenkomst met wat tegenwoordig als ziekte van Kawasaki zou worden aangeduid. De bij een van de patiëntjes vastgestelde infectie met cytomegalovirus is een interessante waarneming. De betekenis hiervan is echter onduidelijk; misschien ging het in dit geval om een intercurrente infectie. Voor zover wij konden nagaan, is in de literatuur geen melding gemaakt van infecties met cytomegalovirus bij het mucocutane lymfekliersyndroom.<sup>2,3</sup>

#### LITERATUUR

- 1 Koten JW, Harinck E. Necrotiserende arteriitis met aneurysmavorming van de kransvaten bij zuigelingen. Ned Tijdschr Geneesk 1969; 113: 391-5.
- 2 Yanagihara R, Todd JK. Acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome. Am J Dis Child 1980; 134: 603-14.
- 3 Anonymus. Kawasaki's - might it be? Lancet 1982; ii: 1441-2.

Amsterdam, april 1984

D.H. WINTERBERG  
L.J. KROL

Tenslotte is het zover: het „Kaukasische ras” duikt op in het tijdschrift.<sup>1</sup> Over deze uit de Verenigde Staten overgewaarde term schreef Freedman onlangs een belangwekkend artikel.<sup>2</sup> Met Kaukasisch ras worden bedoeld blanke Euro-

peanen, wier oorsprong echter niets met de Kaukasus te maken heeft. Het misverstand is veroorzaakt door de op losse gronden geformuleerde rassenindeling, die Blumenbach in 1795 publiceerde. Waarschijnlijk werd Blumenbachs term in de Verenigde Staten ingevoerd omdat deze wetenschappelijk en dus niet emotioneel geladen leek. Kaukasisch klinkt romantisch, welluidend en mysterieus, maar is misleidend.<sup>3</sup> Wellicht doet de redactie er goed aan dit amerikanisme te weren.

#### LITERATUUR

- 1 Winterberg DH, Krol LJ. De ziekte van Kawasaki, stof voor speculatie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 593-5.
- 2 Freedman BJ. Caucasian. Br Med J 1984; i: 696-8.
- 3 Arthur Mackey W. Caucasian or Europid? Br Med J 1984; i: 936.

Laren (N.-H.), april 1984

W.A. BOEKELMAN

### *Huidige inzichten in de chirurgische behandeling van het ulcus duodeni*

De titel van het artikel van Wittebol kan tot enig misverstand aanleiding geven,<sup>1</sup> doordat diens opvattingen niet overeen komen met die in recente publikaties.

De essentie van het artikel is dat bij de chirurgische behandeling van het ulcus duodeni hoog-selectieve vagotomie (HSV) de voorkeur verdient, tenzij voor de operatie een aanzienlijk gestoorde maagontlediging of een met pentagastrine opgewekte maagzuursecretie van meer dan 60 mmol/uur is vastgesteld. Beide restricties zijn controversieel. Aangenomen dat onder (1) geen stenose van de maaguitgang wordt bedoeld, dan is in geen enkele patiëntengroep een gestoorde maagontlediging van groot belang.<sup>2,5</sup> Bij de patiënten in de Utrechtse Heelkundige kliniek lijkt samenhang te bestaan tussen een hoge zuursecretie voor de operatie en het optreden van een ulcusrecidief. Dit verband kon niet worden aangetoond door andere onderzoekers.<sup>2,6,7</sup> In genoemde kliniek wordt om bovengenoemde redenen de helft van de patiënten behandeld met B.II-maagresectie. Voorbijgegaan wordt aan de sterfte, de morbiditeit en de late metabole gevolgen van maagresectie. Zelfs in de beste klinieken bestaat er een sterfte van 1 à 2% na resectie ten opzichte van 0,3% na HSV.<sup>8,9</sup> De morbiditeit van maagresectie is aanzienlijk: 15-20%.<sup>10,11</sup> De morbiditeit na HSV is te verwaarlozen.<sup>2,5</sup> Over de ernstige late metabole gevolgen van vooral B.II-maagresecties verscheen in 1975 een proefschrift uit de Utrechtse kliniek.<sup>12</sup>

Het grote probleem van HSV is het ulcusrecidief, dat bij ongeveer 9% van de geopereerde patiënten optreedt.<sup>13</sup> Een ulcusrecidief is te behandelen, postgastroctomiesyndroom echter nauwelijks, terwijl aangaande de sterfte geldt: „better a living problem than a dead certainty”. Naar de huidige inzichten verdient HSV dan ook de voorkeur bij de electieve chirurgische behandeling van het ulcus duodeni, tenzij er een stenose van de uitgang van de maag bestaat. Misschien geldt dit eveneens voor de acute behandeling van het geperforeerde ulcus duodeni.<sup>14</sup> Het beleid in de Utrechtse kliniek verdient geen navolging.

#### LITERATUUR

- 1 Wittebol P. Huidige inzichten in de chirurgische behandeling van het ulcus duodeni. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 504-9.
- 2 Busman DC. Results of highly selective vagotomy. Maastricht, 1983. Proefschrift.
- 3 Johnston D. Highly selective vagotomy for duodenal ulcer: the clinical results after 10 years. Br J Surg 1979; 66: 874-6.

<sup>4</sup> Muller C. Postoperative Störungen und Rezidive nach Proximal-Selective Vagotomie. Ther Umsch 1980; 37: 693-9.

<sup>5</sup> Vries BC de, Eeftinck Schattenkerk M, Smith EEJ, et al. Prospective randomized multicentre trial of proximal gastric vagotomy or truncal vagotomy and antrectomy for chronic duodenal ulcer: results after 5 - 7 years. Brit J Surg 1983; 70: 701-3.

<sup>6</sup> Johnston D, Pickford IR, Walker BE, Goligher JC. Highly selective vagotomy for duodenal ulcer: do hypersecretors need antrectomy? Br Med J 1975; i: 716-8.

<sup>7</sup> Mühe E, Muller C, Martinoli, et al. Five years' results of a prospective multicentre trial of proximal gastric vagotomy. In: Vagotomy in modern surgical practice. London: Butterworth, 1982: 176-86.

<sup>8</sup> Herrington jr JL. Current operations for duodenal ulcer. Curr Probl Surg July 1972; 1-61.

<sup>9</sup> Johnston D. Operative mortality and post-operative morbidity of highly selective vagotomy, Br Med J 1975; iv: 545-7.

<sup>10</sup> Cos AG. Comparison of symptoms after vagotomy with gastrojejunostomy and partial gastrectomy. Br Med J 1968; i: 288-90.

<sup>11</sup> Goligher JC, Polvertaft CN, Irvin TT, et al. Five-to-eight year results of Leeds/York controlled trial of elective surgery for duodenal ulcer. Br Med J 1972; i: 7-13.

<sup>12</sup> Korver MF, Laive LP de, Ossentjuk E. De late gevolgen van partiële maagresectie. Utrecht, 1975. Proefschrift.

<sup>13</sup> Clark CG. Recurrent ulcer. In: Vagotomy in modern practice. London: Butterworth, 1982: 305-6.

<sup>14</sup> Muller C, Heberer M, Allgöner M. Proximal gastric vagotomy for perforated gastro-duodenal ulcer. In: Vagotomy in modern surgical practice. London: Butterworth, 1982: 228-36.

Den Haag, maart 1984

B.C. DE VRIES

De heldere samenvatting die De Vries geeft van ons standpunt over de behandeling van het ulcus duodeni laat juist geen plaats tot misverstaan. Dat hij dat standpunt controversieel acht is een andere zaak. Zijn literatuurverwijzingen lichten dat niet toe.

Alle recidieven na HSV bij mannen met een „adequate” vagotomie hadden pre-operatieve PPAO-waarden van > 60 mmol/uur, zoals in ons onderzoek.<sup>1</sup> Een aantal van 2 recidieven op 300 HSV's is te klein om te concluderen dat „hypersecretors” geen grotere kans op recidief hebben dan „normosecretors”.<sup>2</sup> De fout geen onderscheid te maken tussen geslaagde en mislukte verlaging van de zuursecretie na HSV wordt o.a. door Mühe et al. gemaakt.<sup>3</sup> Dat een onvoldoende verlaging (bij ca. 30% van alle patiënten die een HSV ondergaan) tot ulcusrecidief aanleiding geeft (20-25%), ongeacht de pre-operatieve zuursecretiewaarden, ligt voor de hand. De invloed van zuursecretiewaarden voor de operatie op het resultaat van HSV kan pas dan beoordeeld worden wanneer er sprake is van een adequate vagotomie. Busman maakt dit onderscheid wel en vindt bij de geslaagde verlagingen voor mannen 6 recidieven in de hypersecretors-groep en 0 recidieven bij de normosecretors. Dit is statistisch significant. Wanneer hij echter de recidieven van de „hypersecretors” en „normosecretors” vergelijkt, ongeacht of deze „adequaat” of „inadequaat” zijn gereduceerd, dan gaat het verschil in recidiefkans geheel verloren!

Steun voor onze opvatting kan men vinden bij Kronborg, die al in 1974 aangaf dat een hogere kans op recidief na HSV (circa 23%) vóórkam bij zuursecretiewaarden > 45 mmol/uur,<sup>4</sup> en bij Joffe, die een onaanvaardbaar hoge recidiefkans vond bij zuursecretiewaarden > 40 mmol/uur.<sup>5</sup> Ons standpunt, dat patiënten met zuursecretiewaarden > 60 mmol/uur van de HSV uitgesloten moeten worden, is daarom nog gematigd.

De tegenstelling over de indicatie die het pre-operatieve maagontledigingsonderzoek biedt, is moeilijker te bespreken omdat een systematisch onderzoek daaromtrent ontbreekt. Wij zijn bij de aanvang van ons onderzoek ervan uitgegaan, dat een ernstig gestoorde maagontlediging een contra-indicatie tegen HSV vormde. Wij hebben nooit