

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 reden 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, postgastrectomiesyndroom 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.

- 4 Muller C. Postoperative Störungen und Rezidive nach Proximal-Selective Vagotomie. Ther Umsch 1980; 37: 693-9.
- 5 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.
- 6 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.
- 7 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.
- 8 Herrington jr JL. Current operations for duodenal ulcer. Curr Probl Surg July 1972; 1-61.
- 9 Johnston D. Operative mortality and post-operative morbidity of highly selective vagotomy, Br Med J 1975; iv: 545-7.
- 10 Cos AG. Comparison of symptoms after vagotomy with gastrojejunostomy and partial gastrectomy. Br Med J 1968; i: 288-90.
- 11 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.
- 12 Korver MF, Laive LP de, Ossentjuk E. De late gevolgen van partiële maagresectie. Utrecht, 1975. Proefschrift.
- 13 Clark CG. Recurrent ulcer. In: Vagotomy in modern practice. London: Butterworth, 1982: 305-6.
- 14 Muller C, Heberlein 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

	Leeds/York onderzoek B.II (Polya) (n=117)	De Vries HSV (n=71)
Visick I	49%	46%
Visick II	28%	25%
Visick III	17%	3%
Visick IV	6%	25%

oprekking van de pylorus toegepast en hebben daar ook achteraf geen spijt van.

Ik vraag mij af of de sterfte bij de electieve resecties nog zo hoog is als door dr. De Vries aangegeven. Dat blijkt niet uit het Leeds/York onderzoek, waarin de sterfte van de resecties 0 is, geheel in overeenstemming met onze eigen ervaring.<sup>7</sup>

De ernst van het ongetwijfeld bestaande post-gastroctomiesyndroom moet toch zijn uitdrukking vinden in de Visick-gradering. Zetten wij nu deze voor de resecties en de HSV naast elkaar (respectievelijk van het Leeds/York onderzoek en van de HSV's van De Vries zelf) dan komt de resectie er zeker niet slecht af (tabel): De meer dan 25% Visick IV bij de HSV moet De Vries ook te denken geven.<sup>7 8</sup>

De bedoeling van ons artikel, dat uitvoeriger onderbouwd in oktober 1984 in *Surgery Annual* verschijnt, was duidelijk te maken dat de HSV zeker gekwalificeerd moet worden als een stap voorwaarts in de behandeling van het ulcus duodeni, maar dat toepassing daarvan zonder de door ons

genoemde gegevens in acht te nemen de HSV nodeloos in diskrediet brengt. Tevens moet bedacht worden dat resectie na een mislukte HSV meestal minder goede resultaten geeft dan primaire resectie.

#### LITERATUUR

- Busman DC. Results of highly selective vagotomy. Maastricht, 1983. Proefschrift.
- Johnston D, Pickford IR, Walker BE, Goligher JC. Highly selective vagotomy for duodenal ulcer: do hypersecreters need antrectomy? *Br Med J* 1975; i: 716-8.
- Mühe E, Muller C, Martinoli S, et al. Five years' results of a prospective multicentre trial of proximal gastric vagotomy. In: *Vagotomy in modern surgical practice*. Baron JH, et al. (eds). London: Butterworths, 1982: 176-86.
- Kronborg O. Gastric acid secretion and risk of recurrence of duodenal ulcer within six to eight years after truncal vagotomy and drainage. *Gut* 1974; 15: 714-9.
- Joffe SN, Primrose JN. A prospective study evaluating preoperative gastric secretion and choice of an operation for duodenal ulcer. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 152: 421-3.
- Johnston D. In: *Vagotomy in modern surgical practice*. Baron JH, et al. (eds). London: Butterworths, 1982: 227.
- Goligher JC, Pulvertaft CN, Dombal FT de, et al. Five to eight year results of Leeds/York controlled trial of elective surgery for duodenal ulcer. *Br Med J* 1968; 2: 781-7.
- 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. *Br J Surg* 1983; 70: 701-3.

Utrecht, April 1984

P. WITTEBOL

## BERICHTEN

### Binnenland

*Richtlijnen voor Veilig Microbiologisch Werk.* – Onlangs is door de Nederlandse Vereniging voor Microbiologie het rapport „Richtlijnen voor Veilig Microbiologisch Werk” uitgebracht, dat een aantal algemene richtlijnen voor veilig werken in microbiologische laboratoria beschrijft. Tevens wordt aandacht besteed aan microbiologische veiligheid bij werken met proefdieren en bij biotechnologische werkzaamheden.

Het rapport is op aanvraag verkrijgbaar tegen een vergoeding van f 10,- per exemplaar, bij ir. A.H. Havelaar, secretaris van de Nederlandse Vereniging voor Microbiologie, p/a Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Postbus 1, 3720 BA Bilthoven; tel. 030-792105.

*Nefrologie-prijs 1983.* – De Nederlandse Vereniging voor Nefrologie heeft deze prijs toegekend aan R.M. Valentijn, internist, Academisch Ziekenhuis Leiden.

#### VERGADERINGEN, CONGRESSEN, CURSUSSEN

*Emancipatie, relatie, anticonceptie: een spanningsveld.* – Dit symposium zal plaatsvinden op 15 juni a.s. in het Jaarbeurs-Congrescentrum te Utrecht en is bestemd voor huisartsen en andere eerstelijnsgezondheidswerkers.

Inlichtingen verstrekt Organon Nederland bv, Postbus 20, 5340 BH Oss; tel. 04120-66200.

*Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie.* – Van 11 tot 14 september 1984 zal in Leeds de 9e Anglo-Dutch Endocrine Meeting worden gehouden.

Inlichtingen verstrekt prof.dr. S.W.J. Lamberts, secretaris, Interne Geneeskunde III, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.

*Consensus-bijeenkomst over het melanoom van de huid.* – Op 15 september 1984 wordt een consensus-bijeenkomst over het melanoom van de huid georganiseerd door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie en de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie. Een aantal, deels controverse, standpunten met betrekking tot de diagnose en de behandeling zal worden besproken. Hierbij zal worden gestreefd naar een uniformering van het melanoombeleid in Nederland. De bijeenkomst die bestemd is voor chirurgen, dermatologen, patholoog-anatomen, oncologisch internisten, radiotherapeuten, huisartsen en andere belangstellenden zal plaatsvinden in het Congrescentrum van de Vrije Universiteit, Amsterdam. Aanvang: 09.30 uur.

Inlichtingen worden verstrekt door Bureau CBO, Postbus 20064, 3502 LB Utrecht; tel. 030-960747.

*De Vereniging Gerontologisch Instituut Amsterdam* zal in het Slotervaartziekenhuis een cursus houden voor verpleeghuis- en andere belangstellende artsen. Eenmaal per week zal een voordracht worden gehouden op woensdag in de periode 19 september – 28 november 1984.

Het volledige programma zal worden verstrekt door het secretariaat Vereniging Gerontologisch Instituut Amsterdam, p/a Stichting Verpleeghuizen Amsterdam, Plein 40-45, no. 10 I, 1063 KR Amsterdam; tel 020-115109.