

patiënten representatief zijn voor al hun patiënten houdt de uitgebreidheid van de bij deze patiënten verrichte operaties steun in voor de door ons gekozen werkwijze van pre-operatief parenteraal voeden: bij onze patiënten werd slechts bij één met de ziekte van Crohn van het ileum in totaal 80 cm darm geresecteerd en nooit hoefde een ovarium, tuba of ander orgaan tegelijk verwijderd te worden.

3. Van Hees en Lubbers schrijven tenslotte dat de meningen verdeeld zijn over de invloed van kunstvoeding op het sluiten van fistels. Wij denken niet dat de meningen verdeeld zijn, maar dat de resultaten verschillend zijn ten gevolge van het in mindere of meerdere mate beheersen van de „kunst” van het toedienen van kunstvoeding.

Conclusie: Wij zijn het volkomen eens met de schrijvers dat irreversibel vernauwde darmgedeelten bij de ziekte van Crohn, leidend tot belemmering van de darmassage, onverwijld geresecteerd dienen te worden, maar wij zijn van mening dat in geval van ondervoeding van de patiënt eerst getracht moet worden de voedingstoestand te verbeteren en de ernst van het ontstekingsproces te verminderen. Dit is mogelijk als men de kunst van het toedienen van parenterale kunstvoeding verstaat.

#### LITERATUUR

- 1 Hees PAM van der, Lubbers EJC. Kunstvoeding bij de ziekte van Crohn; geen kunst? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 385-7.
- 2 Gouma DJ, Jong PCM de, Pop P, et al. Totale parenterale voeding als voorbereiding op de chirurgische behandeling van patiënten met ernstige ziekte van Crohn. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2037-41.
- 3 Fischer JE. Nutritional support in the seriously ill patient. Curr Probl Surg 1980; 17: 9.

Maastricht, april 1984

P.B. SOETERS  
D.J. GOUMA  
R.I.C. WESDORP  
M.F. VON MEYENFELDT

Conclusie van deze klinische les dat langdurige toediening van vloeibare kunstvoeding geen zin heeft, is onjuist.<sup>1</sup> In het midden latend of enterale dan wel parenterale voeding de voorkeur geniet, heeft deze methode een driedelig doel.

1. Het verbeteren van de voedingstoestand van de patiënt. Een stenose in de darm, met daardoor interne en externe fistels, en het chronische ontstekingsproces, gepaard gaande met infiltratieve afwijkingen, zijn eerder de oorzaak van de ondervoeding dan de vaak genoemde diarree en malabsorptie. Het verbeteren van de voedingstoestand, waarbij tevens de fistels zich kunnen sluiten en infiltraat verdwijnt, neemt meestal 4 tot 6 weken in beslag.

2. Hier direct aan gekoppeld is het verminderen van de complicaties na de operatie. Een ontstekingsproces dat tot rust is gebracht, een fistel die gesloten is en een verbeterde voedingstoestand geven minder aanleiding tot complicaties rondom de operatie.<sup>2</sup> Daarbij komt dat resectie van het vernauwde en vaak gefibroseerde gedeelte van de darm dat verwijderd moet worden, tot een minimum kan worden beperkt.

3. Door deze methode van electief opereren de recidiefkans te verminderen. In een controleperiode van nu ongeveer 3 jaar lijkt deze tendens aanwezig te zijn.<sup>2</sup>

Uiteraard moeten de patiënten met de ziekte van Crohn die in aanmerking komen voor voedingstherapie op geleide van de „Crohn's disease activity index” worden geselecteerd. Genezen kan men de patiënt niet; wel kan men voorwaarden scheppen om de onvermijdelijke resectie van het vernauwde darmgedeelte met zo min mogelijk risico's gepaard te laten gaan en in tegenstelling tot de conclusie van

de klinische les moet men door het geven van kunstvoeding soms de ingreep uitstellen om complicaties te voorkomen.

#### LITERATUUR

- 1 Hees PAM van der, Lubbers EJC. Kunstvoeding bij de ziekte van Crohn; geen kunst? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 385-7.
- 2 Gouma DJ, Jong PCM de, Pop P, et al. Totale parenterale voeding als voorbereiding op de chirurgische behandeling van patiënten met ernstige ziekte van Crohn. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2037-41.

Nijmegen, Maart 1984

P.C.M. DE JONG

De reactie van collega Soeters et al. op onze klinische les geeft ons aanleiding tot de volgende opmerkingen. Het is jammer dat zij iets hebben gelezen, dat er niet staat. Op geen enkele wijze wordt door ons geopperd dat het recidief na operatie op enigerlei wijze het gevolg zou zijn van die operatie. Voor de meeste operaties bij patiënten met de ziekte van Crohn bestaan geen absolute indicaties wat tijdstip betreft, maar noopt het neerwaartse beloop tot opereren. Het vinden van de juiste middenweg tussen een te terughoudend en een te agressief beleid is niet altijd eenvoudig. De kern van de geciteerde zin is „zo lang mogelijk” en in de klinische les hebben wij gedemonstreerd dat sommige artsen het onmogelijke proberen te bereiken.

Wij hebben inderdaad kennis genomen van het artikel van Gouma et al.<sup>1</sup> Wij zijn niet overtuigd van de noodzaak tot systematische pre-operatieve parenterale voeding zoals deze auteurs voorstaan. Met anderen zijn wij van mening dat de kans op problemen na de operatie vooral bepaald wordt door al vóór de operatie aanwezige septische complicaties en veel minder door de voedingstoestand van de patiënt.<sup>2</sup> Tot nu toe zijn geen vergelijkende onderzoeken gepubliceerd die aantonen dat pre-operatieve parenterale voeding de kans op complicaties verkleint. Langdurige parenterale voeding is naar onze mening alleen geïndiceerd bij patiënten met zeer ernstige ondervoeding en (of) een groot intra-abdominaal infiltraat. Dergelijke situaties komen echter niet vaak voor. De meeste patiënten met de ziekte van Crohn worden daarom in onze kliniek geopereerd zonder langdurige pre-operatieve parenterale voeding. Wel worden direct voor de operatie bij een flink verlaagd serumalbuminegehalte albumine-infusies gegeven. De resultaten van een dergelijk beleid bij ongeveer 60 patiënten die volgens de criteria van Gouma c.s. in een slechte voedingstoestand verkeerden, hopen wij in dit tijdschrift te publiceren. Het aantal en de aard van de complicaties in onze groep patiënten, geopereerd zonder voorafgaande parenterale voeding, was vergelijkbaar met de door Gouma beschreven patiënten.

De in onze klinische les beschreven patiënten zijn zeker niet representatief voor de totale patiëntengroep. De mededeling, dat door pre-operatieve parenterale voeding de operatie minder uitgebreid kan zijn, laten wij gaarne voor rekening van de schrijvers. Wij menen dat het bewijs voor deze stelling nog geleverd moet worden.

Enterocutane fistels, ontstaan in aansluiting aan een darmresectie zonder dat er nog sprake is van een actieve ontsteking, kunnen zich sluiten tijdens kunstvoeding. Genezing van fistels die uitgaan van ontstoken darmgedeelten, is zeldzaam. Lijkt genezing het geval te zijn, dan gaat het resultaat vrijwel altijd weer verloren zodra de normale voeding wordt hervat.<sup>3,4</sup> In dergelijke gevallen is resectie van het darmgedeelte waar de fistel van uitgaat, vrijwel steeds noodzakelijk. Het beheersen van de „kunst” van het toedienen van kunstvoeding is zeker van groot belang, maar draagt zelden bij tot blijvende genezing van deze fistels.

De strekking van de brief van collega De Jong is dezelfde als die van Soeters et al. en is door het bovenstaande goeddeels beantwoord. Enkele opmerkingen nopen echter tot een commentaar. Collega De Jong stelt dat patiënten met de ziekte van Crohn die in aanmerking komen voor kunstvoeding „uiteraard” geselecteerd moeten worden op basis van de Crohn's disease activity index (CDAI). Naar onze mening is dit een bijzonder slecht criterium zowel voor de selectie van de patiënten als voor de beoordeling van het resultaat van de behandeling. De CDAI wordt grotendeels bepaald door subjectieve variabelen zoals defecatiefrequentie, buikpijn, algemeen welbevinden en het gebruik van obstipantia, terwijl het lichaamsgewicht slechts in zeer geringe mate bijdraagt tot deze index.<sup>5</sup> De CDAI is niet bedoeld voor het vaststellen van de voedingstoestand van de patiënt. Ook als maat voor de ontstekingsactiviteit is de CDAI onzes inziens slechts bruikbaar wegens het overwicht van subjectieve variabelen en het ontbreken van objectieve variabelen die een betere afspiegeling zijn van de ontstekingsactiviteit, zoals bijv. het serumalbuminegehalte. Tijdens totale parenterale voeding zullen bovengenoemde subjectieve variabelen in het algemeen binnen enkele dagen verbeteren. De CDAI zal daardoor aanzienlijk dalen. Deze daling is echter het gevolg van vermindering van de klachten door het onthouden van voedsel per os en berust niet op een verminderde ontstekingsactiviteit of een verbeterde voedingstoestand. Tenslotte oppert collega de Jong dat een electieve operatie, voorafgegaan door langdurige parenterale voeding, de recidiefkans zou verminderen. Wil een dergelijke mededeling overtuigen dan is meer nodig dan het presenteren van de resultaten bij 18 patiënten met een gemiddelde controleperiode van 2 jaar.

Conclusie: langdurige pre-operatieve parenterale voeding bij patiënten met de ziekte van Crohn is slechts zelden noodzakelijk. Er zijn onvoldoende gegevens waaruit blijkt dat pre-operatieve parenterale voeding bij elke ondervoede patiënt zin heeft. Bovendien leidt een dergelijke behandeling tot een aanzienlijke verlenging van de verblijfsduur in het ziekenhuis en verhoogt mede daardoor sterk de kosten.

#### LITERATUUR

- 1 Gouma DJ, Jong PCM de, Pop P, et al. Totale parenterale voeding als voorbereiding op de chirurgische behandeling van patiënten met ernstige ziekte van Crohn. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 2037-41.
- 2 Fasth S, Hellberg R, Hulten L, Magnusson D. Early complications after surgical treatment for Crohn's disease with particular reference to factors affecting their development. *Acta Chir Scand* 1980; 146: 519-26.
- 3 Hawker PC, Givel JC, Keighley MRB, et al. Management of enterocutaneous fistulae in Crohn's disease. *Gut* 1983; 24: 284-7.
- 4 Elson CO, Layden FJ, Nemchansky, et al. An evaluation of total parenteral nutrition in the management of inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci* 1980; 25: 42-8.
- 5 Best WR, Bectel JM, Singleton JW, et al. Development of a Crohn's disease activity index. National cooperative Crohn's disease study. *Gastroenterology* 1976; 70: 439-44.

Nijmegen, mei 1984

P.A.M. VAN HEES  
E.J.C. LUBBERS

### *Routine-echografie in de jonge zwangerschap*

Met belangstelling heb ik het artikel over routine-echografie in de jonge zwangerschap van Van Wering gelezen.<sup>1</sup> Hierin brengt hij een aantal argumenten naar voren voor het verrichten van dit onderzoek. De voornaamste reden is dat bij 18,4% van de zwangeren éénmalige

echografie een betere voorspelling van de à terme datum geeft. Overtuigd van het nut van routine-echografie in de zwangerschap, ben ik van mening dat het verband tussen dit percentage en de conclusie niet gerechtvaardigd is.

Op grond van het verschil tussen de zwangerschapsduur bepaald volgens de laatste menstruatie en een schatting volgens echografische methode, komt Van Wering tot de volgende groepsindeling:

- A Verschil kleiner dan 10 dagen.
- B1 Echografisch meer dan 9 dagen minder ver.
- B2 Echografisch meer dan 9 dagen verder.
- C1 Echografisch meer dan 14 dagen minder ver.
- C2 Echografisch meer dan 14 dagen verder.

Uit het feit dat de gemiddelde zwangerschapsduur bij de bevalling in de groepen B1 en C1, gerekend vanaf de laatste menstruatie, significant verschilt van dezelfde waarde voor groep A, wordt de conclusie getrokken dat voor het individuele geval in de groepen B1 en B2 de echografisch bepaalde à terme datum nauwkeuriger is dan die op basis van de laatste menstruatie. Ik ben van mening dat op grond van het in dit artikel verstrekte cijfermateriaal deze conclusie niet mag worden getrokken. Dat de gemiddelde zwangerschapsduur in de groepen A en B1 verschilt, zegt niets over het verschil in nauwkeurigheid van de voorspelde à terme datum door echografie en de regel van Naegele. Wanneer ik uit de gegevens van het artikel voor groep B1 een schatting maak van de gemiddelde zwangerschapsduur bij de bevalling, gebaseerd op de echografische bepaling, kom ik uit op ca. 270,3 dagen. De op de laatste menstruatie gebaseerde duur is 285,3 dagen. De voorspellingen gaan echter uit van respectievelijk 280 en bijna 281 dagen. Waarschijnlijk is de echografie dan ook niet in alle gevallen van de groepen B1 en B2 nauwkeuriger geweest dan de regel van Naegele. Wil men de voorspellende waarde van deze twee methoden vergelijken, dan zal men de voorspelde à terme data rechtstreeks met elkaar moeten vergelijken.

#### LITERATUUR

- 1 Wering JH van. Routine-echografie in de jonge zwangerschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 656-9.

Leiden, mei 1984

H.E.A.S.J. LEMMERS

Collega Lemmers voert enige argumenten aan tegen de uitkomsten van ons onderzoek. Op zichzelf bevatten deze argumenten een grond van waarheid maar de conclusie die wordt getrokken, is onjuist.

Zoals wij in ons artikel stelden, is de aard van de partus ons niet bekend, d.w.z. wij weten niet of en zo ja welke baringen werden ingeleid. Het is denkbaar dat in de groep zwangeren waar volgens het echografische onderzoek de zwangerschap minder ver was vaker een niet-spontane partus heeft plaatsgevonden. Dit heeft tot gevolg dat deze zwangerschappen volgens het echografische onderzoek te vroeg zijn getermineerd. Zo kan het zelfs zijn dat indien de niet-spontane partus zouden worden geëlimineerd, onze getallen nog meer ten gunste van het echografische onderzoek zouden zijn uitgevallen. In een tweede, nog lopend onderzoek hebben wij wel gegevens over de aard van de partus, zodat dit probleem is ondervangen.

Het vergelijken van twee à terme data verschilt onzes inziens niet met het vergelijken van de via twee methoden verkregen zwangerschapsduur, daar met de zwangerschapsduur de à terme datum vastligt.

Blaricum, mei 1984

J.H. VAN WERING