

mitralisklepprolaps en cerebrovasculaire accidenten is beschreven.⁵ De auteurs gaan niet in op de mogelijkheid dat deze patiënt geen idiopathische mitralisklepprolaps heeft, maar een verandering die secundair is aan andere omstandigheden, zoals hypercirculatie. Misschien kan deze brief ertoe bijdragen dat de voorgestelde behandeling opnieuw wordt overwogen.

LITERATUUR

- ¹ Donkerlo ThW, Greebe J. Een patiënt met een perifere arteriële embolus en een mitralisklepprolaps. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 902-4.
- ² Henry JM, Barnett HJM, Derek R, et al. Further evidence relating mitral valve prolapse to cerebral ischaemic events. N Engl J Med 1980; 302: 139-44.
- ³ Steele P, Weily H, Rainwater J, Vogel R. Platelet survival time and thromboembolism in patients with mitral valve prolapse. Circulation 1979; 60: 43-5.
- ⁴ Kostuk WJ, Boughner DR, Barnett HJM, et al. Strokes: a complication of mitral-leaflet prolapse? Lancet 1977; ii: 313-6.
- ⁵ Barnett HJM, Jones MW, Boughner DR, Kostuk WJ. Cerebral ischaemia events associated with prolapsing mitral valve. Arch Neurol 1976; 33: 777-82.

Amsterdam, augustus 1984

A.E. BECKER
D.R. DÜREN
J.W. TEN CATE

De kritische opmerkingen van A.E. Becker et al. naar aanleiding van onze casuïstische mededeling zijn behartigenswaardig. Wij wijzen er echter op dat een éénmaal doorgemaakte arteriële embolie gewoonlijk een indicatie is voor continue antistollingsbehandeling, ongeacht de bron hiervan, zeker zolang de oorzakelijke afwijkingen niet afdoende zijn behandeld. Onze mededeling heeft zeker niet het risico in zich dat nu alle patiënten met een mitralisklepprolaps, ook degenen zonder embolische complicaties, ongesteld zullen worden. Wij hebben slechts beweerd dat alleen deze patiënt continu moet worden ongesteld.

Wij blijven openstaan voor nieuwe inzichten in deze materie. De desbetreffende patiënt wordt periodiek door ons gecontroleerd, zodat de indicatie voor antistolling telkens opnieuw kan worden overwogen. De beslissing deze behandeling eventueel te staken, met mogelijke kans op recidiefembolus (dan misschien in cerebro?) zal dan geen gemakkelijke zijn.

Bussum, september 1984

TH.W. DONKERLO
J. GREEBE

De congenitale hernia diaphragmatica (Bochdalek) bij volwassenen en in de zwangerschap

Met meer dan gewone interesse lazen wij de casuïstische mededeling van collega Kitslaar,¹ omdat ook wij onlangs een volwassen patiënte wegens dezelfde aandoening hebben behandeld. Anders dan de meeste volwassenen met deze afwijking, die meestal door de chirurg worden gezien met min of meer acute-buikverschijnselen, had onze patiënte een pulmonale afwijking, namelijk een spontane pneumothorax links. Geruime tijd na het ontplooiën van de long door thorax-zuigdrainage werd longfunctie-onderzoek verricht. Uit het ventilatie-perfusiescintigram bleek dat de ipsilaterale long voor slechts 10% bijdroeg aan de totale functie, zowel wat ventilatie als wat perfusie betrof. Bij operatieve sluiting van het diafragma defect via thoraxcotomie links (dr. W.Ch.P. Geldoff†) werden een bulleus

gedegeneerde linker bovenkwab en een hypoplastische linker onderkwab aangetroffen. Bij het longfunctie-onderzoek (spirometrie en ventilatie-perfusiescintigrafie) dat een half jaar na operatie werd herhaald kon geen enkele verbetering worden vastgesteld.

Uit literatuuronderzoek naar aanleiding van deze waarneming is ons gebleken, dat in tegenstelling tot de congenitale hernia diaphragmatica (Bochdalek) bij pasgeborenen, slechts weinig bekend is over aanlegstoornissen van de long bij patiënten bij wie deze aandoening pas op volwassen leeftijd manifest wordt. Dit heeft ongetwijfeld mede te maken met de verschijnselen die deze patiënten meestal hebben. De opvatting dat bij volwassenen met een posterolaterale hernia diaphragmatica (Bochdalek) nooit hypoplasie van de long voorkomt, een opvatting die ook door collega Kitslaar naar voren wordt gebracht, lijkt ons in zijn algemeenheid niet juist.²

LITERATUUR

- ¹ Kitslaar PJEHM. De congenitale hernia diaphragmatica (Bochdalek) bij volwassenen en in de zwangerschap. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1377-80.
- ² Wiseman NA, MacPherson RI. „Acquired” congenital diafragmatic hernia. Pediatr Surg 1977; 12: 657-65.

Amsterdam, augustus 1984

A.H.M. VAN DER HEIJDEN
J.J. MEUZELAAR

Vanwege de beperkingen die de redactie van dit tijdschrift voorschrijft ten aanzien van de lengte van een casuïstische mededeling en de erbij behorende literatuurlijst,¹ werden enkele interessante aspecten van de afwijking, zoals het al dan niet voorkomen van hypoplasie van de long, in slechts enkele regels behandeld.

In de door mij aangehaalde literatuur rapporteerden de verschillende auteurs over een totaal van 16 eigen patiënten en analyseerden zij te zamen meer dan 150 ziektegeschiedenissen van anderen. Bij geen van deze volwassen patiënten werd hypoplasie van de ipsilaterale long beschreven. De collegae Van der Heijden en Meuzelaar blijken bij hun literatuuronderzoek tot dezelfde bevinding te zijn gekomen. Wel halen zij een artikel aan waarin een theoretisch model werd ontwikkeld op grond waarvan het voorkomen van longhypoplasie na de kinderjaren bij patiënten met een hernia van Bochdalek aannemelijk wordt gemaakt. Dat het tot nu toe ontbreken van beschrijvingen van longhypoplasie bij volwassenen met een hernia van Bochdalek te maken zou kunnen hebben met de verschijnselen van de patiënten, lijkt minder waarschijnlijk, omdat bij een aanzienlijk deel van hen primair aan een aandoening wordt gedacht en – vaak zelfs in thoraxchirurgische centra – thoraxcotomie wordt verricht. Bij ongeveer de helft der patiënten uit de door mij aangehaalde publikaties was dit het geval.

Op grond van het voorafgaande kan de patiënte die de collegae Van der Heijden en Meuzelaar beschrijven als zeer zeldzaam worden beschouwd, tenminste als de door hen beschreven longafwijking inderdaad een hypoplasie betreft en geen hypotrofie door chronische longcompressie. Uit hun beschrijving alleen valt dit niet af te leiden. De volgende vragen zouden hiervoor zeker beantwoord dienen te worden: hoe werd de diagnose „hypoplasie” gesteld (angiografie, bronchografie, histologie) en wat was de aard van de afwijking in de bovenkwab (bulleus emfyseem, lokale bulleuze degeneratie, regionale hyperinflatie²)? Weliswaar niet wezenlijk voor de onderhavige discussie, maar wel interessant zou tevens een vermelding zijn geweest van de aard van de uitgevoerde operatie (hoe groot was het diafragma defect, werd de bovenkwab geresecceerd?). Uit-

voerige publikatie van de gegevens van de door inzenders vermelde zeldzame patiënte zou aanleiding kunnen zijn de algemeen heersende opvatting dat bij volwassenen met een hernia van Bochdalek geen hypoplasie van de ipsilaterale long voorkomt, te herzien.

LITERATUUR

¹ Dunning AJ. Kort is prachtig. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1822-4.

² Sybrandy R. Regionale hyperinflatie van de long bij congenitale afwijkingen. Leiden, 1982. Proefschrift.

Groningen, augustus 1984

P.J.E.H.M. KITSLAAR

„Melk” in de buik (chyloperitoneum)

Hodde en Groot maken geen melding van hyperlipidemie, al of niet met begeleidende pancreatitis, als oorzaak van een voorbijgaande en pijnlijke vorm van chyloperitoneum.¹ Primaire of secundaire hyperlipidemie-syndromen zijn namelijk een bekende oorzaak van het ontstaan van acute abdominale pijn met chyloperitoneum, waarbij pancreatitis veelal een belangrijke rol speelt.² De pancreatitis wordt echter in die gevallen dikwijls moeilijk herkend, omdat de klassieke biochemische proeven fout-negatief uitvallen.³

Naar onze mening is dan ook nauwkeurig onderzoek van het pancreas met biochemische (amylasemie, amylasurie, lipasemie) en vooral morfologische (echografie, computertomografie) onderzoekmethoden noodzakelijk, alsook een nauwkeurige analyse van de lipiden in het serum in geval van chyloperitoneum. Dit geldt des te meer indien het gaat om acute, voorbijgaande vormen die gepaard gaan met abdominale pijn.

LITERATUUR

¹ Hodde HAC, Groot G. „Melk” in de buik (chyloperitoneum). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1085-8.

² Gotto AM. Type V Hyperlipoproteinaemia. Clin Endocrinol Metab 1973; 2: 11-39.

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Abcessen bij kankerpatiënten na injecties met „immunotherapeutica”. – In een kliniek voor immunotherapie in Freeport, Bahama's, behandelde men kankerpatiënten met subcutane injecties van vier serumeiwitten. De eiwitten werden bereid uit normaal menselijk serum en stolsels van het voor onderzoek afgenomen bloed van de patiënten. Het dagelijks benodigde aantal injecties (6-12) werd op het laboratorium gereed gemaakt door vulling van de spuit uit open flesjes. De injectiespuiten werden aan de patiënt gegeven om zichzelf hiermee in te spuiten. Bij 16 patiënten ontstonden na 3-48 uur abcessen op de injectieplaatsen, 2-20 cm in diameter. Uit de pus kweekte men 7× *Nocardia asteroides*, 2× *Staphylococcus aureus*, 1× *Escherichia coli* en eenmaal een niet te identificeren Actinomyces-achtig organisme. Een kweek toonde geen groei; bij 4 patiënten werd geen bacteriologisch onderzoek verricht. Een patiënt

³ Cameron JL, Capuzzi DM, Zuidema GD, Margolis S. Acute pancreatitis with hyperlipemia. Ann Surg 1973; 177: 483-9.

Kortrijk (België), juli 1984

M. VERHAMME

C. RAMBOER

Met een computeranalyse van de literatuur vanaf 1975 konden wij geen artikel vinden waarin de directe relatie tussen hyperlipidemie en chyloperitoneum waarschijnlijk wordt gemaakt. Acute abdominale pijn bij hyperlipidemie, vooral de typen IV en V, doch ook type I, wordt inderdaad beschreven.¹ Soms is hierbij een (acuut) chyloperitoneum aanwezig; vaker nog gaat het om pancreatitis. De oorzakelijke relatie tussen hyperlipidemie (hyperchylomicronemie dan wel hypertriglyceridemie) en pancreatitis lijkt uit diverse publikaties wel duidelijk te bestaan.^{2,3} Tevens laat het zich denken dat door (acute) pancreatitis chyluslekkage kan ontstaan, hetzij door lokale obstructie van de chylusvaten door het vergrote pancreas of doordat toxinen de chylusuittrekking bevorderen.⁴ Dat hyperlipidemie op zichzelf iets dergelijks zou kunnen veroorzaken, is veel minder waarschijnlijk. De pijnaanvallen worden wellicht veroorzaakt door tijdelijke, acute overvulling van de chylusvaten, misschien als gevolg van de vetstofwisselingsstoornis, zoals soms na een copieuze vetrijke maaltijd wordt waargenomen.

Wij beschouwen de opmerking van de collegae Verhamme en Ramboer als waardevolle aanvulling op ons artikel.

LITERATUUR

¹ Roseman DM, Sleisenger MH. Systemic disease and the gut. In: Sleisenger MH, Fordtran PM, eds. Textbook of gastrointestinal disease. Philadelphia: Saunders, 1978: 485.

² Gotto AM. Type V Hyperlipoproteinemia. Clin Endocrinol Metab 1973; 2: 11-39.

³ Cameron JL, Capuzzi DM, Zuidema GD, Margolis S. Acute pancreatitis with hyperlipemia. Ann Surg 1973; 177: 483-9.

⁴ Goldford JP. Chylous effusions secondary to pancreatitis. Am J Gastroenterol 1984; 79: 133-5.

Amsterdam, augustus 1984

H.A.C. HODDE

G. GROOT

met cutane nocardiosis had tevens een pneumonie. Uit het sputum werd *N. asteroides* gekweekt.

De behandeling van de abcessen bestond uit incisie en drainage en antibiotica. Bij twee patiënten bleek deze behandeling onvoldoende. De Centers for Disease Control (CDC) onderzochten flesjes met de 4 eiwitten en bevonden alle besmet. *N. asteroides* werd niet aangetroffen. Het CDC kon, door gebrek aan gegevens over de injectievloeistoffen en over de patiënten geen goed epidemiologisch onderzoek verrichten. Men merkte op dat de produktieruimte van de injectievloeistoffen direct grensde aan de dierenstallen waarin grote aantallen muizen werden gehouden voor research. Jaarlijks werden 350 patiënten behandeld in deze merkwaardige medische onderneming. Naar het effect van de behandeling was geen duidelijk onderzoek verricht (Morbid Mortal Wkly Rep 1984; 33: 471-2).

Risicofactoren van gezondheidsgedrag en leefgewoonten. – Omdat het steeds duidelijker wordt dat de leefgewoonten