

verscheidene dagen doorgaan, zodat (herhaald) therapeutisch handelen noodzakelijk blijft zolang de patiënt over een hevig kloppende pijn blijft klagen.

Bij de inhalatie van HF-damp bestaat de kans op het (vertraagd) optreden van longoedeem. Indien na huidverbranding of het inademen een collaps volgt, dienen het gehalte aan calcium en magnesium van het serum te worden gecontroleerd en zonodig aangevuld, onder andere op geleide van de klinische verschijnselen zoals carpopedale spasmen.²

LITERATUUR

¹ Hoogendam J, Dijk MC van. Therapie na contact van de huid met fluorwaterstof. Ned Tijdschr Geneesk 1963; 107: 781-3.

² Anonymus. Aanbeveling voor medische behandeling van het comitè technique européen de fluor. Informatiestencil Bedrijfsgeneeskundige Dienst BP-raffinaderij Nederland NV.

Rotterdam, november 1984

A.H. BROEKHUIZEN
H. BOXMA
R.J. DINKELMAN

Wij danken de collegae Broekhuizen, Boxma en Dinkelman voor hun op de praktijk gerichte aanvulling. De door ons beschreven patiënt had verscheidene brandwonden in het gezicht, de hals en op de rechter pols, met een totale omvang van hooguit 3% zonder dat op de verschillende plaatsen een aaneengesloten laesie bestond („spatten”). Ook na de na circa acht dagen verrichte necrotomie ontstonden geen defecten die zo omvangrijk waren dat huidtransplantatie noodzakelijk was. Na ontslag uit het ziekenhuis duurde het nog zes weken voordat de huid overal gelaten was. De functie van de onderliggende gewrichten was goed.

Bij laesies aan de vingers valt te overwegen calciumgluconaat bij subcutane injectie te combineren met hyaluronidase. Hierdoor is de injectie minder pijnlijk, en doeltreffender.

Dordrecht, december 1984

W. RINSEMA
A. BINNERTS
J. DE GRUYL

Tussen zalven en crèmes

In dit leerzame artikel van Dessing et al. (1984; 1817-9) wordt gesteld dat men het voorkomen van allergie voor lanoline niet moet overschatten. Frequentiecijfers hangen echter af van de selectie van patiënten: bij patiënten met ulcus cruris zal veel vaker allergische contacteczemen door lanoline waargenomen worden, dan bij personen die lanoline bevattende crèmes als cosmeticum gebruiken. De auteurs wijzen dan op de gunstige eigenschappen van geen lanoline bevattende zalven als unguentum cetomacrogolis en unguentum lanette. Deze zalven bevatten cetostearylalcohol, die bestaat uit gelijke delen cetylalcohol en stearylalcohol welke in twee maal zo hoge concentraties voorkomen als in de gelijksoortige FNA-crèmes. In lanoline kunnen evenwel vrije vetalcoholen voorkomen, bijv. in Wool Fat B.P. bijna 3%.¹

De meningen of cetylalcohol in lanoline kan voorkomen zijn niet eensluidend.^{2,3} Wel is uit eigen onderzoek gebleken dat voor lanoline allergische patiënten tevens gesensibiliseerd kunnen zijn voor cremor lanette en cremor cetomacrogolis.⁴ Met allergologisch onderzoek (lapjesproeven) werden de samenstellende stoffen getest, waarbij bij de 3 onderzochte patiënten een positieve reactie op 10% cetylalcohol in vaseline gevonden werd. Omgekeerd werd in een ander onderzoek van 9 patiënten met allergie voor cremor

lanette en cetylalcohol 5% in vaseline bij 4 patiënten positieve reacties op lanoline gevonden.⁵ De conclusie is dat bij gebleken allergie voor lanoline sensibilisatie voor cremor lanette en cremor cetomacrogolis moet worden uitgesloten vóór het voorschrijven van deze crèmes. Omgekeerd dient bij gebleken allergie voor cremor lanette en (of) cremor cetomacrogolis allergie voor lanoline te worden uitgesloten. Het is waarschijnlijk dat deze twee richtlijnen ook gelden voor unguentum cetomacrogolis en unguentum lanette. De kans op sensibilisatie voor cetylalcohol (en evt. andere wolvetalcoholen) is wellicht geringer doordat de waterige basis van de crèmes in de zalven vervangen is door paraffinum subliquidum en vaselinum album.

LITERATUUR

¹ Cronin E. Contact dermatitis. Edinburgh, London, New York: Churchill Livingstone, 1980: 771.

² Fisher AA. Contact dermatitis. Philadelphia: Lea and Febiger, 1973: 58.

³ Schlossman ML, McCarthy JP. Lanolin and derivatives chemistry: relationship to allergic contact dermatitis. Contact Dermatitis 1979; 5: 65-72.

⁴ Ketel WG van, Wemer J. Allergy to lanolin and „lanolin-free” creams. Contact Dermatitis 1983; 9: 420.

⁵ Ketel WG van. Allergy to cetylalcohol. Contact Dermatitis 1984; 11: 125-6.

Amsterdam, november 1984

W.G. VAN KETEL

Hydrothorax bij ascites en de behandeling ervan met een peritoneoveneuze shunt

Onlangs schreven Kroon en Van der Pompe in dit tijdschrift (1984; bl. 2165) over de behandeling van hydrothorax bij ascites met een peritoneoveneuze shunt. Bij de indicatiestelling tot deze palliatieve ingreep bij patiënten met peritonitis carcinomatosa met veelal een op korte termijn infauste prognose quoad vitam, moet rekening gehouden worden met een niet te verwaarlozen kans op ernstige, dodelijke complicaties. In dit opzicht verschilt de kans op complicaties waarschijnlijk niet van die bij gebruik van centraal-veneuze catheters. Bij deze laatste is de catheter echter niet zelden van vitaal belang en wordt tijdelijk aangebracht bij patiënten met een betere prognose; bovendien is het aanbrengen veel eenvoudiger. In 1975 rapporteerde ik reeds over het grote aantal complicaties van centraal-veneuze catheters.¹ Sindsdien zijn vele publikaties hierover verschenen, tot en met de beschrijving van een „nieuwe entiteit”: het iatrogene vena cava superiorisyndroom.²

De volgende ziektegeschiedenis toont de keerzijde van de medaille bij toepassing van de peritoneoveneuze shunt bij peritonitis carcinomatosa. Bij een 62-jarige vrouw werd ongeveer vier maanden voor de dood bij cytologisch onderzoek van ascitesvocht een adenocarcinoom in de buik aangetoond. Aangezien beide ovaria reeds jaren tevoren verwijderd waren, kon een primair ovariumcarcinoom worden uitgesloten. Bij computertomografie werd een tumor in het pancreas aangetoond, zodat een primair pancreascarcinoom waarschijnlijk leek. Omdat het voor eventuele behandeling niet van belang was, werd afgezien van nader onderzoek. Omdat patiënte aanvankelijk nog in redelijke algemene toestand was, en zij de laatste levensdagen thuis wilde doorbrengen, werd besloten om een peritoneoveneuze shunt aan te brengen ter ontlasting van de ascites (Denver-shunt). Patiënte overleed drie weken later onder de klinische diagnose sepsis.

Bij obductie kon de diagnose pancreascarcinoom met uitgebreide metastasering in de buikholte worden beves-

tigd. De shunt had over nagenoeg het gehele intraveneuze traject geleid tot ulcererende thrombophlebitis en bovendien tot verscheidene middelgrote en grote longemboli. Zowel in de thrombusmassa van de thrombophlebitis als in de longemboli werd uitgebreide bacteriële kolonisatie aangetroffen. Grenzend aan enkele longemboli werd beginnen-de abcedering gevonden. Als directe doodsoorzaak bij deze patiënte werd de combinatie van uitgebreide longemboli en sepsis beschouwd.

Hoewel op dit moment de kans op dodelijke complicaties van de peritoneoveneuze shunt nog moeilijk in een percentage is aan te geven, lijkt het zeker verantwoord deze kans als „aanzienlijk” te bestempelen. Vaak zal obductie noodzakelijk zijn om na te gaan of een complicatie van de shunt de dood heeft veroorzaakt, zoals ook het geval was bij de door mij beschreven patiënte. Kroon en Van der Pompe vermeldden niet de doodsoorzaak van hun patiënten, noch of obductie werd verricht. In hoeverre het subjectief welbevinden van patiënten met peritonitis carcinomatosa, die meestal nog slechts enkele weken te leven hebben, wordt vergroot door deze operatieve ingreep met een aanzienlijk percentage dodelijke complicaties, ligt buiten het gezichtsveld van de patholoog-anatoom.

LITERATUUR

- 1 Steffelaar JW. Obductiebevinden met betrekking tot centrale venacatheters. Ned Tijdschr Geneesk 1975; 119: 339.
- 2 Bertrand M, Presant CA, Klein L, Scott E. Iatrogenic superior vena cava syndrome. A new entity. Cancer 1984; 54: 376-8.

Zwolle, november 1984

J.W. STEFFELAAR

De opmerking van collega Steffelaar dat een peritoneoveneuze shunt bij patiënten met ascites van maligne oorsprong gepaard zou gaan met een aanzienlijk percentage dodelijke complicaties, kunnen wij niet onderschrijven. Wel vonden we bij de 36 patiënten die de laatste jaren in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis wegens ascites behandeld werden met een Denver-shunt, slechts een gering aantal complicaties.¹ Bij 3 patiënten trad infectie op, waarvan 1 maal – wegens sepsis – de shunt verwijderd moest worden; 4 maal werd lokale trombusvorming gezien in de vene waarin de shunt geïntroduceerd was en 2 maal was er, overigens asymptomatische, trombocytopenie. Deze bevindingen zijn in overeenstemming met die uit de literatuur.² Vooral bij maligne ascites is het gevaar voor diffuse intravasale stolling geringer dan bij shunting van ascites ten gevolge van levercirrose. Uiteraard is bij het inbrengen van de shunt uiterste steriliteit geboden. De meeste auteurs adviseren bovendien de shunt in te brengen onder bescherming van antibiotica. Eénmaal ingebracht is het gevaar voor infectie waarschijnlijk veel kleiner dan bij een centraal-veneuz catheter, daar geen verbinding met de buitenwereld bestaat.

Bij één van de twee door ons beschreven patiënten, de patiënt met mammacarcinoom, werd obductie verricht. Hierbij bleek de doodsoorzaak, twee maanden na inbrengen van de shunt, een embolus in de long te zijn, die waarschijnlijk afkomstig was van een uitgebreide thrombophlebitis van het been. Rondom de shunt werd geen trombusvorming waargenomen. De andere patiënt, met de pancreastumor, overleed thuis, 2½ maand na inbrengen van de shunt. Bij de overige 6 patiënten die behandeld werden met een shunt, werd geen obductie verricht; 4 van hen overleden thuis.

Collega Steffelaar wijst niet op het gevaar voor tumorcel-disseminatie ten gevolge van peritoneoveneuze shunts.

Hoewel sommigen van mening zijn dat dit gevaar theoretisch is, daar overlijden steeds zal plaats vinden voordat de door de shunt veroorzaakte metastasen manifest worden,³ wordt door anderen uitgebreide tumorembolisatie in de longen beschreven, die nagenoeg zeker door de shunt veroorzaakt moet zijn.^{4,5} Een ander nadeel is het feit dat de shunt nogal eens verstopt raakt door celdébris, eiwitstolsels, etc.^{2,6} Bij de reeds genoemde patiëntengroep trad in 13 van de 36 gevallen shuntobstructie op voor het moment van overlijden.¹ De mediane overlevingsduur van de gehele groep na inbrengen van de shunt was 13 weken, de mediane duur van het functioneren 8 weken (actueel berekend was deze laatste 14 weken).

Wij zijn van mening dat de peritoneoveneuze shunt een plaats verdient in de behandeling van patiënten met ascites van maligne oorsprong, maar wisselend succes en gevaar voor tumorceldisseminatie bestempelen deze methode als laatste keuze van palliatief handelen.

LITERATUUR

- 1 Roussel JGJ, Kroon BBR, Hart AAM. De Denver peritoneoveneuze shunt bij de behandeling van ascites van maligne oorsprong. In: Kroon BBR, Dongen JA van, red. Oncologisch Kabinet. Amsterdam: Het Nederlands Kanker Instituut, 1984: 141-7.
- 2 Lacy JH, Wieman TJ, Shively EH. Management of malignant ascites. Surg Gynecol Obstet 1984; 159: 397-412.
- 3 Tarin D, Price JE, Kettlewell MGW, Souter RG, Vass ACR, Crossley B. Clinical pathological observations on metastases in man studied in patients treated with peritoneovenous shunts. Br Med J 1984; 288: 749-51.
- 4 Maat B, Oosterlee J, Spaas JAJ, Lammes FB. Dissemination of tumour-cells via the LeVeen shunt. Lancet 1979; i: 988.
- 5 Smith RL, Sternberg SS, Paglia MA, Goldby RB. Fatal pulmonary tumor embolization following peritoneovenous shunting for malignant ascites. J Surg Oncol 1981; 16: 27-35.
- 6 Oosterlee J. Peritoneovenous shunting for ascites in cancer patients. Br J Surg 1980; 67: 663-6.

Amsterdam,
Rotterdam, december 1984

B.B.R. KROON
W.B. VAN DER POMPE

Een voorbeeld van verkeerde zuinigheid

Naar mijn gevoel zou een betere titel voor de klinische les van Fliers en Yntema (1984; 2209-10) gekozen zijn indien de nadruk was gelegd op de ontoereikende, zelfs verkeerde instructie hoe de orale rehydratie-oplossing te bereiden. Op zichzelf lijkt het mij naar analogie van de instructie die wordt gegeven in de landen in ontwikkeling ook heel goed mogelijk om in Nederland de ouders zelf ORS te laten bereiden. Het voorschrijven van sachets bevordert mijns inziens onnodige medicalisering. Het lijkt beter om de ondeskundige handen deskundig te maken.

Brielle, november 1984

C.J. IN 'T VELD

Het is de vraag of in de klinische les van Fliers en Yntema (1984; 2209-10) met bovenstaande titel de juiste les getrokken is uit het klinische gebeuren. Terecht vragen de auteurs aandacht voor de ernstige situaties die kunnen ontstaan bij het onjuist verstrekken en uitvoeren van voedingsadviezen bij acute diarree bij kinderen. Via het advies van de huisarts: „Een halve liter water, vier koffielepels suiker en een halve eetlepel zout”, werd door de moeder van het patiëntje een oplossing bereid die te veel zout bevatte. Dit heeft tot een ernstige hypertonie dehydratie van het 1½-jarige kind geleid. Het ligt voor de hand uit dit gegeven de conclusie te trekken, dat voedingsadviezen met zorg gegeven moeten worden. Huisartsen moeten weten, dat gebleken is dat misverstanden tot ernstige