

Naar aanleiding van het ook geciteerde artikel van Pieterse et al. werd patiënte behandeld met mepacrine,¹ echter zonder resultaat. Wegens de verdenking op het bestaan van bacteriële overgroei werd daarna tetracycline en later co-trimoxazol voorgeschreven, beide malen met een geringe kortdurende verbetering. Met lincomycine 3 dd 500 mg werd echter een blijvende verbetering verkregen. De defecatiefrequentie daalde tot 1 à 2 maal daags, de consistentie van de faeces werd normaal. Het lichaamsgewicht nam toe met 4 kg. Na 2 maanden bleek de steatorroe verdwenen te zijn (vetzuur in de faeces 1,6 mmol/24 uur, vet 3,9 mmol/24 uur). Een rectumbiopsie liet zien dat de collageenafzetting was verdwenen! Nu, een half jaar later, gaat het nog steeds goed met patiënte. Enkele malen werd geprobeerd de lincomycine te staken, maar er ontstond dan steeds een recidief van de diarree.

Ik denk dat deze observatie steun geeft aan de opvatting dat „collageneuze colitis” een reversibele aandoening is. Het lijkt mij waarschijnlijker dat de collageenafzettingen in het rectum een epifenomeen zijn van verschillende aandoeningen met als gemeenschappelijk kenmerk diarree, dan dat het om een klinische entiteit gaat. Bij mijn patiënte lijkt de oorzaak een bacteriële overgroei te zijn, met waarschijnlijk vooral een stoornis in de anaërobe flora.

LITERATUUR

¹ Pieterse AS, Hecker R, Rowland R. Collagenous colitis: a distinctive and potentially reversible disorder. *J Clin Pathol* 1982; 35: 338-40.

Amsterdam, juni 1985

P. HOLTHAUS

Met belangstelling las ik de interessante ziektegeschiedenis die collega Holthaus beschrijft. In de literatuur, ook niet in de meest recente,¹ wordt een combinatie (of coincidentie?) van collagene colitis en gestoorde dunne-darmlincties beschreven. Zoals eerder vermeld kan de afwijking reversibel zijn. Bij bovenbeschreven patiënte ontstond weer diarree na staken van lincomycine. Het hernieuwd nemen van biopsies tijdens de exacerbatie zou wellicht meer licht op deze aandoening kunnen werpen indien weer collagene afzetting ontstaat. Zolang de oorzaak van de collagene colitis onbekend is blijft het onzeker of er nu sprake is van een „apart ziektebeeld” dan wel van een epifenomeen. Tegen een bacteriële oorzaak pleit evenwel het feit dat er geen of geringe tekenen van ontsteking gezien worden.

LITERATUUR

¹ Fausa O, Foerster A, Hovig T. Collagenous-colitis. A clinical, histological and ultrastructural study. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20 (suppl 107): 8-23.

Leiden, augustus 1985

J.T. WETERMAN

Ambulante behandeling van hemorroïden

Het zeer lezenswaardige artikel van de collegae Schouten en Van Vroonhoven (1985; 993-6) roept bij mij een aantal vragen op.

Gesteld wordt dat blijvende genezing van hemorroïden op eenvoudige wijze kan worden bereikt door scleroserende injecties, bandligaturen, infraroodcoagulatie etc. Zonder twijfel bieden deze methoden een aantal voordelen boven conventionele hemorroïdectomie. Uit de zeer omvangrijke literatuur blijkt dat blijvende genezing van hemorroïden met bovenvermelde methoden in omstreeks de helft van de

gevallen wordt bereikt. Het recidiefpercentage na hemorroïdectomie is beduidend lager: ca. 5.

In de beschouwing stellen de auteurs dat deze methoden zeer wel in de eerstelijns geneeskunde kunnen worden toegepast. Om twee redenen acht ik dit onjuist. Ten eerste: met zekerheid moet worden vastgesteld, met endoscopie, dat de klacht van de patiënt inderdaad wordt veroorzaakt door hemorroïden en niet door ontsteking of maligniteit van colon of rectum. Ten tweede: onlangs zijn vier patiënten beschreven die overleden zijn na een „eenvoudige” bandligatuur.¹ Behandelingen die sterfte met zich meebrengen behoren niet verschoven te worden van de tweede- naar de eerstelijnsgezondheidszorg.

LITERATUUR

¹ Russell ThR, Donohue JH. Hemorrhoidal banding: A warning. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 291.

Alkmaar, juli 1985

P. DE RUITER

Al lange tijd bestaat er verschil van mening over de vraag op welke wijze hemorroïden het best behandeld kunnen worden. Het feit dat er vele verschillende methoden bestaan, doet vermoeden dat geen ervan werkelijk doeltreffend is. Ook de hemorroïdectomie is dat niet. Uit onderzoek van Jeffery et al. bleek dat 69% van de patiënten na bandligatuur nog, weliswaar geringe, klachten had. Dit op het eerste gezicht slechte resultaat bleek echter geheel gelijk aan dat na hemorroïdectomie.¹

De resultaten van de verschillende methoden van behandeling van hemorroïden zoals vermeld in de inderdaad omvangrijke literatuur, zijn vaak niet goed met elkaar te vergelijken omdat in sommige onderzoeken verschillende criteria worden gebruikt bij de selectie van de patiënten. Reeds in 1943 toonde Milligan aan dat de resultaten van scleroserende injecties weliswaar goed zijn bij 85% van de patiënten met 1e-graads hemorroïden, maar dat het percentage geslaagde ingrepen bij patiënten met 3e-graads hemorroïden slechts 31 bedroeg.² Dit voorbeeld illustreert het belang van een goede selectie van patiënten voor de behandeling van hemorroïden. Indien men dit in acht neemt kan men, in het algemeen, bij ruim 70% van de patiënten een goed resultaat verwachten met één van de door ons besproken methoden, die betrekkelijk eenvoudig, weinig kostbaar en voor de patiënt niet belastend zijn. Daarom is, naar onze mening, de hemorroïdectomie niet meer de methode van eerste keuze. Bovendien is hemorroïdectomie altijd nog mogelijk, indien de ambulante behandeling faalt.

Met de opmerking van collega De Ruiter dat „met zekerheid moet worden vastgesteld . . . dat de klacht van de patiënt inderdaad wordt veroorzaakt door hemorroïden en niet door ontsteking of maligniteit van colon of rectum”, zijn wij het van harte eens. Dit hoeft echter geen reden te zijn om de ambulante behandeling van hemorroïden in de eerstelijnsgezondheidszorg af te wijzen. Immers, naast een goede anamnese zijn een zorgvuldig uitgevoerd rectaal toucher en anoscopie of rectoscopie in eerste instantie voldoende om andere afwijkingen aan te tonen of uit te sluiten. Indien binnen een groepspraktijk één van de huisartsen speciale belangstelling heeft voor deze problematiek en over voldoende faciliteiten beschikt om bovengenoemde onderzoeken te verrichten, achten wij het denkbaar dat één van de door ons besproken methoden toegepast wordt in de eerstelijnsgezondheidszorg, te meer daar deze methoden betrekkelijk eenvoudig zijn. In alle tot nu toe verschenen publikaties wordt benadrukt dat de

sterfte van de ambulante behandeling van hemorrhoiden te verwaarlozen is. Onlangs zijn inderdaad vier patiënten beschreven die overleden zijn na bandligatuur. Het betrof echter patiënten uit Californië met vermoedelijk een verminderde immunologische afweer en een abnormale bacteriële flora in de tractus digestivus, die pas na enige tijd en niet direct na de bandligatuur, heftige pijn kregen ten gevolge van een ontsteking waaraan onvoldoende aandacht werd besteed.³ Dit voorbeeld illustreert alleen dat dergelijke problemen in de toekomst vaker zullen voorkomen (AIDS-epidemie), maar doet geenszins afbreuk aan onze stelling dat ambulante behandeling van hemorrhoiden tegenwoordig een goed en eenvoudig alternatief is voor de hemorrhoidectomie.

LITERATUUR

- 1 Jeffery PJ, Ritchie SM, Millar W, Hawley PR. The treatment of haemorrhoids by rubber bandligation at St. Mark's Hospital. *Postgrad Med J* 1980; 56: 847-9.
- 2 Milligan ETC. The treatment of haemorrhoids in recruits. *Medical Press and Circular* 1943; 210: 84-5.
- 3 Henry MM, Swash M. Coloproctology and the pelvic floor. *Pathophysiology and management*. London: Butterworths, 1985.

Tilburg, augustus 1985

W.R. SCHOUTEN
TH.J.M. VAN VROONHOVEN

Risico's en overwegingen bij het maken van vliegvlagen door patiënten met long- of hartaandoeningen

Met veel belangstelling hebben wij het artikel van collega De Leeuwe over de risico's van het maken van vliegvlagen gelezen (1985; 1228-30). Over deze materie bestaat immers veel onduidelijkheid, terwijl het aantal reizigers met hart- of longaandoeningen steeds groter wordt. Collega De Leeuwe geeft enkele nuttige adviezen en geeft inzicht in de gevolgen van de daling van de ons omgevende luchtdruk. Toch blijft onduidelijkheid bestaan, zodat wij zijn artikel van enig commentaar willen voorzien.

In het artikel wordt gesteld dat bij een $P_{aO_2} \leq 50$ mmHg (6,6 kPa) een gevaarlijke hypoxemie ontstaat en dat als vuistregel geldt dat de rust- P_{aO_2} van de a.s. luchtreiziger, dat wil zeggen nog op het vliegveld, hoger dan 6,6 kPa moet zijn. Dit is in tegenspraak met elkaar. Volgens het nomogram van Gong et al. zal een CARA-patiënt met een rust- P_{aO_2} van 52,5 mmHg (7 kPa) op een vlieghoogte van 12 km en een cabinedruk vergelijkbaar met een hoogte van 2100 m een P_{aO_2} hebben van 39 mmHg (5,2 kPa).¹ Schwartz et al. vonden bij 13 CARA-patiënten een daling van de P_{aO_2} met 25,5 mmHg (3 kPa) tot 45 mmHg (6 kPa) bij een drukverval van 2250 m. Deze patiënten verdroegen deze „gevaarlijke” hypoxemie goed; zij zijn al aan een lage P_{aO_2} gewend en de compensatiemechanismen zijn ingeschaald.³

Uit het bovenstaande blijkt dat de door collega De Leeuwe gegeven ondergrens van $P_{aO_2} = 6,6$ kPa tot ernstige hypoxemie tijdens de vliegvlagen kan leiden en tevens dat deze hypoxemie vaak goed verdragen wordt, zoals bekend is uit slaapstudies bij CARA-patiënten.

Het is naar onze mening met de huidige kennis van zaken niet mogelijk algemene regels te geven. De daling van de P_{aO_2} is afhankelijk van de eraan ten grondslag liggende longaandoening; het is niet bekend welke graad van hypoxemie gevaarlijk is en wat de invloed van de duur van de hypoxemie is. Zolang geen grote groepen longpatiënten zijn

onderzocht onder omstandigheden die een vliegvlagen simuleren, zullen de risico's voor elke individuele patiënt nauwkeurig moeten worden afgewogen. In sommige gevallen is daarbij bloedgasmeting en ECG-controle bij een lage P_{aO_2} een zeer informatief en eenvoudig uit te voeren onderzoek, waaruit het advies kan voortvloeien de vliegvlagen niet zonder extra O_2 -toediening te maken.

De meest bedreigde groep patiënten lijkt die bij wie de grootste daling van P_{aO_2} te verwachten is, d.w.z. met een normale P_{aO_2} op zeeniveau! Dit betreft patiënten met een groot verlies aan functioneel diffusie-oppervlak (bijv. longfibrose): bij een daling van de P_{aO_2} treedt een sterke hypoxemie op, omdat het drukverschil over de membraan de enige factor is die voor voldoende diffusie kan zorgen.

Ook patiënten met een pulmonale hypertensie (hypoxemie leidt tot toename van de druk in de A. pulmonalis), met een anemie (hypoxemie leidt tot afname van de reeds sterk verlaagde O_2 -capaciteit van het bloed) en patiënten met een slechte coronaire of cerebrale circulatie vormen een extra risicogroep.

Het is collega De Leeuwe niet kwalijk te nemen dat zijn adviezen enigszins vaag blijven. Er bestaat naar onze mening een grote behoefte aan een goed opgezet onderzoek naar de invloed van daling van de P_{aO_2} bij patiënten met emfyseem, longfibrose, pulmonale hypertensie, coronaire sclerose, pneumonectomie, enz. Wij zijn inmiddels met een dergelijk onderzoek begonnen.

LITERATUUR

- 1 Gong Jr H, Tashkin DP, Lee EY, Simmons MS. Hypoxia-altitude simulation test. *Am Rev Respir Dis* 1984; 130: 980-6.
- 2 Schwartz JS, Bencowitz HZ, Moser KM. Air travel hypoxemia with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med* 1984; 100: 473-7.
- 3 Laros CD, Sluiter HJ. Achtergronden van het zuurstoftransport. *Airways* 1982; 4: 38-45.

Nieuwegein, juli 1985

C.J.J. WESTERMANN
C.D. LAROS

Irregulaire erythrocytenantistoffen tijdens de zwangerschap

Als schrijver van een recente scriptie over dit onderwerp wil ik bij de klinische les van Van Dijk et al. (1985; 1361-4) enkele kanttekeningen plaatsen. De hoeksteen van het door de auteurs voorgestelde beleid is de bepaling van de bilirubinepiekwaarde in het vruchtwater, waarvoor de indicatie bij een „significante” titerstijging gesteld wordt. Dit advies is gebaseerd op de ervaringen bij rhesus(D)-antagonisme. Aantasting van de foetus door Kell-antistoffen kan echter niet altijd met regelmatige serumtitratie opgespoord worden.¹ Het vruchtwateronderzoek volgens Liley biedt bij Kell-antagonisme evenmin zekerheid. Zo kan de stijging van de bilirubinepiekwaarde zeer abrupt (binnen een week) plaatsvinden.^{2,3} Ook is ernstige aantasting van de foetus bij geruststellende uitslagen van het vruchtwateronderzoek herhaaldelijk waargenomen.^{1,4,5}

Opvallend is, dat de auteurs (nog?) geen melding maken van de antibody-dependent cellular-mediated cytotoxicity (ADCC)-test, waarvan de klinische bruikbaarheid bij het vervolgen van rhesus(D)-antagonisme inmiddels is aangetoond.⁶ Mijns inziens zou deze test met name bij Kell-antagonisme zeer nuttig zijn. De ADCC-test meet immers de actuele waarschijnlijkheid van hemolyse, terwijl met het vruchtwateronderzoek kan worden vastgesteld in hoeverre de hemolyse die al heeft plaatsgevonden, geleid heeft tot de