

Ook deze kan immers een uitgangsobstructie veroorzaken.² Zou niet ongemerkt een dysfunctie van de externe sfincter kunnen zijn behandeld?

En wat te denken van 'vrijwel dagelijks ontlasting', en 'af en toe een combinatiepreparaat' na een ileorectale anastomose (patiënte C)? Op andere indicatie verricht is deze procedure goed voor zeker 6 tot 8 defecaties per dag. Is dit resultaat echt 'goed' te noemen omdat een groot deel van een atonisch colon is verwijderd, of zijn door resectie van normaal colon de omstandigheden dermate gewijzigd, dat de afwijking als zodanig minder opvalt, maar nog steeds onverminderd aanwezig is?

Kortom, veel vragen die zich niet met manometrie alléén laten beantwoorden, ook al wordt dit door de auteurs gesuggereerd. Maar ook wij hebben de wijsheid niet in pacht en claimen niet het gelijk. Het zou daarom interessant zijn de patiënten van collega Schouten et al. ook eens op onze manier te onderzoeken.² Wij menen dat de ècht juiste behandeling te kiezen, moeilijker is dan zij in hun artikel hebben laten uitkomen.

LITERATUUR

¹ Kuijpers JHC. Fissura ani; behandelingsresultaten na laterale interne sphincterotomie (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1019-20.

² Kuijpers JHC, Bleijenberg G. Het spastische-bekkenbodemsyndroom, een oorzaak van obstipatie. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1624-8.

J. H. C. KUIJPERS, chirurg

G. BLEIJENBERG, klinisch psycholoog

Nijmegen,

november 1985

zijn, waarom is dan de behandeling van het spastische-bekkenbodemsyndroom zo lastig?

Tot slot een opmerking over onze patiënte C. Natuurlijk is het resultaat van haar behandeling goed, ook al ontbreekt een bevredigende verklaring. Haar dagelijks leven werd geheel in beslag genomen door de ernstige en volledig therapieresistente obstipatie, terwijl zij na de subtotale colectomie voor het eerst sinds jaren regelmatig ontlasting heeft. Waarschijnlijk is haar obstipatie, achteraf gezien, het gevolg geweest van een vertraagde passage door het colon. Onlangs is gebleken dat bij dergelijke patiënten wel degelijk afwijkingen in de plexus myentericus kunnen worden aangetoond.³ Het onderzoek met monoklonale antilichamen gericht tegen neurofilament lijkt een nuttige aanwinst voor de bestudering van dergelijke afwijkingen. Met dergelijke nieuwe methoden van onderzoek is het in de toekomst wellicht mogelijk voor sommige patiënten met ernstige obstipatie een zinvolle chirurgische behandeling te kiezen.

LITERATUUR

¹ Kuijpers JHC, Bleijenberg G. Het spastische-bekkenbodemsyndroom, een oorzaak van obstipatie. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1624-8.

² Keighley MRB, Shouler P. Outlet syndrome: is there a surgical option? J R Soc Med 1984; 77: 559-63.

³ Krishnamurthy S, Schuffler MD, Kohrmann CA, Pope CE. Severe idiopathic constipation is associated with a distinctive abnormality of the colonic myenteric plexus. Gastroenterology 1985; 88: 26-34.

W. R. SCHOUTEN

TH. J. M. V. VAN VROONHOVEN

Rotterdam,

Tilburg, december 1985

Wij hebben geenszins de indruk willen wekken dat obstipatie een chirurgisch te behandelen aandoening is. Het was alleen onze bedoeling duidelijk te maken dat slechts in enkele geselecteerde gevallen operatieve behandeling te overwegen is. Daarom benadrukken wij aan het slot van ons artikel dat gericht onderzoek – coloninloopfoto, passagetijdbepaling van het colon, defecografie en anale manometrie – noodzakelijk is om patiënten die voor een eventuele operatieve behandeling in aanmerking komen, te kunnen selecteren. Sinds enige tijd wordt door ons bij deze patiënten ook EMG-onderzoek van de bekkenbodemspieren verricht. Daarnaast lijkt histochemisch onderzoek van de darmwand met behulp van monoklonale antilichamen gericht tegen neurofilament een belangrijke aanwinst. Anale manometrie alléén is inderdaad onvoldoende als onderzoeksmethode in geval van ernstige obstipatie.

Ondanks de tegenwerpingen van Kuijpers en Bleijenberg blijven wij van mening dat de hoge rustdruk die bij sommige patiënten met obstipatie wordt gevonden, een uiting kan zijn van een uitgangsobstructie. De opmerking dat de inwendige kringspier tijdens defecatie verslapt zodat er van uitgangsobstructie geen sprake kan zijn, is ons inziens te simpel gesteld. Het gaat immers niet alleen om het wel of niet aanwezig zijn van de reflex van de M. sphincter ani internus. De duur en de mate van relaxatie van de inwendige kringspier zijn minstens zo belangrijk. Bovendien kan men zich voorstellen dat bij patiënten met een uitgangsobstructie een grotere uitzetting van het rectum nodig is om de inwendige kringspier te doen verslappen. Het is zeer onwaarschijnlijk dat door ons tijdens het verrichten van anorectale myectomie ongemerkt een dysfunctie van de uitwendige kringspier wordt behandeld. Deze dysfunctie wordt door Kuijpers en Bleijenberg het spastische-bekkenbodemsyndroom genoemd.¹ Het betreft zeer waarschijnlijk een functionele stoornis waarvan chirurgische behandeling tot nu toe onmogelijk lijkt.² Zouden wij dan wel deze dysfunctie kunnen opheffen door alleen een spreider in het anale kanaal in te brengen en een deel van de M. sphincter ani internus te verwijderen waarbij de M. puborectalis en de M. sphincter ani externus ongemoeid gelaten worden? Als het zo eenvoudig zou

Subjectieve ervaringen na episiotomie

Het getuigt van grote interesse en persoonlijke betrokkenheid wanneer ervaren obstetrici in deze tijd van zgn. high tech-verloskunde aandacht besteden aan pijnervaring tijdens en na een episiotomie (1985; 2263-5). Pijn mag dan een raadselachtige subjectieve beleving zijn, een soort privé-bezit van persoonlijke uiting van mens-zijn, er kan veel tegen gedaan worden. Daarvoor is inventarisatie door middel van een enquête een goed uitgangspunt indien daarbij de nodige objectiviteit (eenvormig en aselectief) in acht wordt genomen.

Het formeren van een controlegroep bestaande uit voor het merendeel multiparae zonder perineumletsel, waarbij alle kinderen vanuit hoofdligging (flexie?) geboren werden tegenover een onderzoeksgroep bestaande uit voornamelijk primiparae, van wie 23% per kunstbevalling beviel, terwijl in 7% een stuitbevalling plaatsvond, komt onevenwichtig voor. Omdat verschillende medewerkers betrokken waren bij de baring zou men gaarne wat meer vernemen over het gevoerde beleid bij de psychoprophylactische voorbereiding. Waren de vader en de pasgeborene voor de moeder (buitenlandse?) voelbaar aanwezig bij het hechten? Waarom werd steeds de mediolaterale episiotomie toegepast, terwijl de mediane episiotomie in veel mindere mate de anatomische continuïteit van de bekkenbodembreëkt,¹ maar ook minder pijnlijk is en sneller geneest? De enquête bracht duidelijk aan het licht dat het sluiten van de wond zelf door een kwart van de vrouwen als matig of erg pijnlijk werd ervaren. Waarom was de infiltratietechniek verschillend en zelfs onvoldoende? De anatomie (3 takken) en de techniek van een efficiënte N. pudendus-blokkade mogen toch als genoegzaam bekend worden beschouwd.²

Ook de pijn na episiotomie is een ernstig probleem; in de enquête gaf 37% veel pijn aan (infectie?) en had 63% behoefte aan geneesmiddelen. Reeds om deze redenen is profylactische episiotomie als een routine-ingreep niet aangewezen.

Het wordt tijd, dat in de verloskundige organisatie de vrouw zelf inspraak krijgt in het restrictieve beleid rondom een episiotomie.

LITERATUUR

- 1 Blok S de. Spatial architecture of musculo-fibrous tissue in the pelvic region. Amsterdam: 1982. Proefschrift.
- 2 Klink EW. Perineal nerve block: an anatomic and clinical study in the female. *Obstet Gynecol* 1953; 1: 137.

A. J. J. DE BRUIN

Nijmegen, november 1985

Gaarne danken wij collega De Bruin voor zijn opmerkingen. In onze kliniek wordt inderdaad meestal voor een mediolaterale incisie gekozen. Terecht vraagt collega De Bruin wat meer aandacht voor de mediane episiotomie. De indicaties voor mediane episiotomie zijn echter beperkt. Indien er duidelijk ruimte nodig is, bijvoorbeeld bij stuitligging of vaginale kunstverlossing, is een mediane episiotomie niet aangewezen. Er is een aanzienlijk risico voor totaalruptuur. Dit risico is zelfs hoger dan wanneer er geen episiotomie werd verricht. Indien men toch een indicatie voor een mediane episiotomie heeft, is het de vraag of het gewoon laten ruptureren van het perineum niet beter is.

Met collega De Bruin zijn wij van mening dat er geen plaats is voor een profylactische episiotomie als routine-ingreep. De subjectieve ervaringen na episiotomie zijn van dien aard dat een terughoudend episiotomiebeleid aanbeveling verdient.

LITERATUUR

- 1 Thaker B, Banta H. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature. 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 38: 322-38.

C. G. M. DE ROOY

Eindhoven, december 1985

J. H. J. M. MEUWISSEN

E. STOKS-VAN DEN BOOM

Ervaringen met colonoscopie

Met veel interesse heb ik het artikel van collega Brouwer (1985; 2266-9) gelezen. Het betreft hier geen vergelijkend wetenschappelijk onderzoek, maar een mededeling van de ervaringen van een colonoscopist. De auteur stapt nogal gemakkelijk over de complicaties heen (6 van de 435 scopieën waarvan 3 perforaties). Het röntgenonderzoek van het colon geeft duidelijk minder problemen: 0,02-0,04%.¹

Brouwer stelt in de literatuur aanwijzingen te mogen zien dat de diagnostische betrouwbaarheid van de scopie gunstig afsteekt tegen die van het röntgenonderzoek. Hij deelt echter ook mee dat wij terughoudend moeten zijn met vergelijkingen tussen niet-identieke groepen en dat ook bij scopie poliepen gemist worden. Bovendien meldt hij dat de betrouwbaarheid van het (röntgenologisch) onderzoek sterk varieert en dat aan de darmreiniging alle aandacht moet worden besteed. Ik zou willen zeggen: uiteraard.^{2,3} Wellicht had de auteur kunnen aantonen dat scopie betrouwbaarder is dan dubbelcontrast-röntgenonderzoek als hij een vergelijkend onderzoek had gedaan met een radiodiagnost.

Wordt er op een röntgenfoto van een dikke darm een poliep gezien, dan is colonoscopie aangewezen voor de noodzakelijke polypectomie. Waarom dan niet uitsluitend een scopie gedaan? De radiodiagnost kan alleen een rol in het colononderzoek blijven vervullen indien hij waarmaakt dat de combinatie van röntgen- en endoscopisch onderzoek een hogere diagnostische betrouwbaarheid heeft dan elk onderzoek afzonderlijk. Er is in een vergelijkend onderzoek reeds aangetoond dat de 2 metho-

den elkaar aanvullen.⁴ Wanneer zonder röntgenonderzoek een colonoscopie gedaan wordt, dan worden er afwijkingen gemist; met name langgesteelde poliepen en afwijkingen aan de orale zijde van haustra kunnen gemakkelijk over het hoofd gezien worden.

Conclusie: er moet niet primair en alleen een colonoscopie gedaan worden, röntgenonderzoek van het colon blijft nodig.

LITERATUUR

- 1 Croiset van Uchelen FAAM, Bendel CJA, Nadorp JMSM, Bast TJ. Perforaties van de dikke darm en intravasatie met bariumsulfaat tijdens röntgenonderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1978; 122: 1905-9.
- 2 Ritsema GH. Colonreiniging; een vergelijkend onderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 144-7.
- 3 Ritsema GH, Eilers G. Colonreiniging met bisacodyl en magnesiumsulfaat. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1127-30.
- 4 Thoeni RF, Menuck L. Comparison of barium enema and colonoscopy in the detection of small colonic polyps. *Radiology* 1977; 124: 631-5.

G. H. RITSEMA

Rotterdam, december 1985

Collega Ritsema's kritische commentaar is ongetwijfeld mede ingegeven door zijn aangetoonde belangstelling voor de röntgendiagnostiek van het colon en is door mij dan ook in dank ontvangen.^{1,2} Het geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen:

- Ritsema vergelijkt ten onrechte het percentage complicaties van onze reeks colonoscopieën met dat van röntgenonderzoek van het colon: de complicaties van colonoscopie zijn, óók in onze patiëntengroep, vooral te wijten aan therapeutische ingrepen (polypectomie) tijdens het onderzoek. Van de enige complicatie in onze 306 uitsluitend diagnostische colonoscopieën is het directe verband met het onderzoek zelfs niet geheel duidelijk (ileumperforatie bij niet passeerbare stenose in het colon transversum).

- Mijn opmerking, dat volledige darmreiniging een eerste voorwaarde is voor een betrouwbaar colononderzoek, beschouwt Ritsema als vanzelfsprekend en blijkbaar overbodig. Het feit echter dat nog kort geleden, met name door Ritsema zelf,^{1,2} onderzoek is verricht naar verbeteringen op dit gebied duidt erop, dat de reiniging de röntgendiagnost nog steeds hoofdbrekens kost. Ik wilde aangeven, dat juist hier nog een probleem bestaat voor de diagnostische betrouwbaarheid van het röntgenonderzoek van het colon. De colonoscopist is in het voordeel: dankzij de orthograde darmspoeling is het colon bijna altijd voldoende gereinigd. In het enkele geval, waarin de darmreiniging tóch niet goed lukt, kan het onderzoek niet uitgevoerd worden en worden dus óók geen diagnoses gemist dan wel fout-positieve diagnoses gesteld als gevolg van darmverontreiniging.

- Dat mijn artikel geen vergelijkend wetenschappelijk onderzoek is, maar een mededeling van eigen ervaring, is volkomen juist en staat in de titel vermeld. Mijn opmerkingen over de diagnostische betrouwbaarheid van colonoscopie in vergelijking met die van röntgenonderzoek van het colon, heb ik dan ook, naar ik meen, met de vereiste voorzichtigheid geformuleerd. Ik ben het overigens met Ritsema niet eens, dat een vergelijkend onderzoek naar betrouwbaarheid van beide methoden het panacee is, dat het antwoord geeft op alle vragen. Men vergelijkt op die wijze slechts de vaardigheden van de aan het onderzoek deelnemende scopisten en radiodiagnosten. Ongetwijfeld heeft dit soort onderzoek voor de deelnemers eraan grote waarde, maar toetsing van de eigen resultaten aan de gegevens uit de literatuur blijft onmisbaar. De gedachte dat uit dergelijk onderzoek, dat inderdaad wel gepubliceerd is,³ conclusies getrokken kunnen worden met algemene geldigheid