

8 jaar) na de operatie voor dit onderzoek opgeroepen. Van deze 24 patiënten hadden 20 pancreatitis gehad als gevolg van alcoholmisbruik, 2 als gevolg van galstenen en bij 2 was de oorzaak ervan niet bekend geworden. Bij 5 patiënten van deze groep was de resectie uitgevoerd tot de V. portae, bij 9 tot het midden van de pancreaskop en bij 10 was een subtotaal resectie verricht. Van de groep bleken 5 mensen hun werk niet meer hervat te hebben wegens ernstige polyneuropathie, 1 had ontslag genomen wegens chronische pancreatitis in het in situ gebleven gedeelte, nog 5 andere personen bleken polyneuropathie te hebben gekregen. Acht patiënten dronken nog overmatig alcohol, 3 van hen hadden recidiverende pancreatitiden, dyspepsie en insuline-afhankelijke diabetes mellitus. Allen op 2 na hadden diabetes mellitus, van wie 14 insuline moesten gebruiken; bij de helft van hen was de diabetes een half tot 6 jaar na de operatie

ontstaan. Daarenboven hadden 11 patiënten ernstige dyspepsie.

De auteurs kunnen het vaak voorkomen en de ernst van polyneuropathie niet verklaren, maar het spoedig na de operatie ontstaan alleen bij patiënten met alcoholmisbruik geeft een duidelijke aanwijzing. De conclusie luidt dat op grond van de hoeveelheid en de ernst van de gevonden late complicaties samen met de bekende kans op vroege complicaties resectie van de pancreas wegens acute necrotiserende pancreatitis zeer kritisch herbeoordeeld moet worden.

LITERATUUR

¹ Nordback IH, Auvinen OA. Long-term results after pancreas resection for acute necrotizing pancreatitis. Br J Surg 1985; 72: 687-9.

A. J. P. M. OVERBEKE

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Een patiënt met een door Campylobacter veroorzaakte pancreatitis

Uit het artikel van Bär en Van Dam (1985; 2123-5) blijkt dat de huisarts loperamide (Imodium) had gegeven aan een 20-jarige man wegens diarree met bloed, koorts en pijn, veroorzaakt door Campylobacter. Indien eventueel invasieve micro-organismen daardoor de kans wordt ontnomen via natuurlijke weg snel het lichaam te verlaten, zouden dergelijke stoppende medicamenten wel eens invasiviteit kunnen uitlokken. Was de pancreatitis daarom wellicht het iatrogene gevolg van de toediening van loperamide?

J. DE JONG

Amersfoort, november 1985

De literatuur over pancreatitis door Campylobacter geeft geen verband aan tussen het gebruik van stoppende middelen en het ontstaan van deze pancreatitis. Het is wel bekend dat stopmiddelen een enteritis door Shigella en Salmonellae kunnen verergeren en met name dat de periode met diarree, de duur van de koorts en de uitscheiding van de bacteriën in de faeces kunnen worden verlengd en dat de algemeen lichamelijke klachten kunnen toenemen. Ook dierexperimenten wijzen in deze richting.¹ Of infecties van extra-intestinale organen, zoals cholecystitis bij paratyfus, bij stoppende middelen vaker voorkomen, is ons niet bekend. Het is goed dat collega De Jong met zijn vraag de aandacht hierop vestigt.

LITERATUUR

¹ Anonymus. Management of acute diarrhoea (editorial). Lancet 1983; i: 623-5.

B. M. A. M. BÄR
F. E. VAN DAM

Eindhoven, december 1985

Adoptie, spermadonorschap en geheimhouding

De in mijn oratie verkondigde mening dat het onjuist is dat er mensen worden geboren aan wie kennis over hun genetische herkomst bewust wordt onhouden,¹ heeft nogal wat stof doen opwaaien. In zijn commentaar (1985; 2003-5) pleit Bierkens

opnieuw voor geheimhouding met enkele onjuiste argumenten. Tevens wijst hij op het ontbreken van onderzoekgegevens waaruit misschien zou kunnen blijken welke methode te prefereren is, geheimhouding of openheid. Ik onderschrijf de noodzaak van dergelijk onderzoek. Interessant zou bijvoorbeeld zijn te weten hoeveel via KID verwekte personen achter hun identiteit zijn gekomen, ondanks aanvankelijk beoogde geheimhouding, op welke wijze dit geschiedde en welke problemen zich vervolgens hebben voorgedaan. Bij adoptiekinderen weten we dat onverwachte onthullingen vaak als pijnlijk worden ervaren.

Als argument van kandidaat-ouders gebruikt Bierkens voor geheimhouding: 'Wat voor dienst bewijs je aan het kind, later te gaan praten over de manier waarop het is verwekt?' Hiervoor is alleen al een doorslaggevende medische reden: steeds meer kennis komt beschikbaar over erfelijke ziekten. Hoewel er al een zekere medische selectie plaatsvindt van donors, is het aannemelijk te verwachten dat deze in de toekomst strenger wordt. Voor een beter begrip van de oorzaken van bepaalde medische problemen is kennis van de genetische herkomst noodzakelijk. Het is te betreuren dat deze kennis voor de vele adoptiekinderen (ca. 30.000, waarvan ca. 15.000 uit het buitenland) niet te achterhalen is. In Nederland dient voorkomen te worden dat kinderen die met behulp van recente voortplantingsmethoden zijn geboren, op latere leeftijd (bijv. op het moment dat zij zelf kinderen krijgen) niet over deze kennis kunnen beschikken.

Verder merkt Bierkens op dat ik geen rekening heb gehouden met de ouderschapsbeleving van KID- en IVFD-(in vitro-fertilisatie met behulp van donors)ouders en dat er analogie is tussen adoptie-ouders en deze ouders. Natuurlijk zijn er grote verschillen tussen beide typen ouders, maar in ouderschapsbeleving en motivatie tot ouderschap zouden er echter wel degelijk enkele overeenkomsten kunnen zijn. Dit is al af te leiden uit het feit dat veel KID- of IVFD-ouders als adoptie haalbaar zou zijn, hiervoor ook zouden kiezen.² Zo antwoordden in Australië 33 van 53 zich voor IVFD aanmeldende echtparen, dat een normale Australische baby adopteren een alternatief zou zijn voor gezinsvorming; voor 19 echtparen was adoptie van een buitenlands kind evenzeer een alternatief. Ook de mate van gewenstheid van het kind is bij beide typen echtparen groot. Daarom is te verwachten dat als deze KID- of IVFD-echtparen voldoende worden voorgelicht over het belang van het verstrek-