

– Toevoeging van epinefrine aan lidocaïne en bupivacaïne leidt waarschijnlijk niet tot de verwachte verlenging van de werkingsduur na perispinale toediening.¹⁻⁴

– Ofschoon de pH van het lokale anaestheticum met epinefrine bereid volgens Bromage compatibel is met liquor wordt ook met deze methode natriummetabisulfaat aan de patiënt toegediend. – Wegens de kans op het maken van vergissingen bij het zelf toevoegen van epinefrine aan een lokaal anaestheticum (en de ernstige consequenties die overdosering kan hebben) moet deze methode worden afgeraden.¹

Het in ons artikel niet vermelde preparaat Citanest bevat het conserveermiddel methylparahydroxybenzoesuur.

2. Het mengen van opiaten met glucose 5% impliceert over het algemeen dat een pH verkregen wordt van minder dan 4,5. Wanneer opiaten worden gemengd met NaCl 0,9% worden isotone oplossingen bereid met een acceptabele pH.

Onlangs is in de apotheek van het Dijkzigt-ziekenhuis een methode ingevoerd waarbij aseptisch morfine (ampullen: 1 ml = 10 mg) wordt toegevoegd aan 50 ml NaCl 0,9% in een steriel infuusflesje. De pH van de aldus bereide oplossing bedraagt 5-6. Deze methode, die zowel binnen als buiten het ziekenhuis bij patiënten met een maligne aandoening wordt toegepast, blijkt zeer zelden (0,25%) een contaminatie in de fles te veroorzaken. (De patiënten liepen daarbij geen bacteriële besmetting op.)

Wij zijn het met de collegae De Lange en Van Loenen eens dat het uitsluitend vermelden van de zuurgraad zonder inzicht in de buffercapaciteit van de oplossing een vertekend beeld kan geven. Zolang echter nog onvoldoende onderzoek is verricht naar de bufferende werking van de epidurale en intrathecale vloeistof is het gewenst dat injectievloeistoffen voor perispinale toediening een pH van 5-7 hebben.

LITERATUUR

- 1 Sitsen JMA, Besse TC. Toepassing van middelen voor plaatselijke verdoving anno 1985. *Gebu* 1985; 19: nr 14.
- 2 Burm AGL. Pharmacokinetics and clinical effects of lidocaine and bupivacaine following epidural and subarachnoid administration in man. Leiden: 1985. Proefschrift.
- 3 Chambers WA, Littlewood DG, Logan MR, Scott DB. Effect of added epinephrine on spinal anesthesia with lidocaine. *Anesth Analg* 1981; 60: 417-20.
- 4 Chambers WA, Littlewood DG, Scott DB. Spinal anesthesia with hyperbaric bupivacaine effect of added vasoconstrictors. *Anesth Analg* 1982; 61: 49-52.

P. J. ROOS
R. DIRKSEN
M. J. RUTGERS
J. M. W. COOLEN

Rotterdam/Nijmegen, februari 1986

Directe diagnostiek van Chlamydia trachomatis met monoklonale antistoffen: diagnose zonder kweek?

Collega de Wit et al. rapporteerden onlangs dat de gevoeligheid van een directe immunofluorescentie (IF)-test met monoklonale antistoffen voor de diagnostiek van *Chlamydia trachomatis*-urethritis een beperkte gevoeligheid van 83% had ten opzichte van de klassieke kweekmethode; de specificiteit was 98% (1985; 1824-7). Terecht stelden zij dat verder onderzoek nodig is, met name bij andere groepen dan hun bezoekers van een venereologische polikliniek, aler de directe IF-methode als volwaardig alternatief voor de kweekmethode kan worden beschouwd. Met dezelfde directe IF-test (fa. Merck) vergeleken wij de gevoeligheid en specificiteit van de directe methode ten opzichte van een kweek op met cycloheximide behandelde McCoy-cellen voor de detectie van *C. trachomatis* in cervixweefsel van 243 vrouwen die de polikliniek bezochten van een algemeen ziekenhuis

(Diakonessenhuis, Utrecht). Bij 17 vrouwen (7,0%) werden *C. trachomatis* gekweekt; ten opzichte van de kweek was de gevoeligheid van de directe IF-test 70,6% en de specificiteit 99,6% indien wij, volgens de instructies van de fabrikant, het criterium voor positieve uitslag op ≥ 10 kenmerkende fluorescerende structuren per preparaat stelden. Bij verlaging van het criterium naar één of meer kenmerkende fluorescenties steeg de gevoeligheid naar 82,4% maar daalde de specificiteit naar 90,7%. Dit verlies aan specificiteit leidde tot een onacceptabele daling van de voorspellende waarde van een positieve directe IF-test (van 92,5% naar 40,3%!) bij onze groep patiënten; de voorspellende waarde van een negatieve directe IF-test werd nauwelijks beïnvloed (97,8% resp. 98,6%). De Wit et al. hanteerden ≥ 5 fluorescenties per preparaat voor een positieve directe IF-test en komen daarmee in hun populatie (met een ruim 2,5 maal hogere prevalentie van *C. trachomatis*-infecties) tot positief en negatief voorspellende waarden van 90,3%, resp. 96,3%. Berekend naar onze populatie zou hun criterium bij de door hen gevonden waarden voor gevoeligheid en specificiteit echter leiden tot een positief voorspellende waarde van slechts 75,3% en een negatief voorspellende waarde van 98,7%.

De waarde van de directe IF-test op *C. trachomatis* hangt derhalve sterk af van de te onderzoeken groep patiënten; waar relatief lage prevalenties van *C. trachomatis*-infecties te verwachten zijn moet het criterium van een positieve uitslag van de directe IF-test ≥ 10 fluorescenties per preparaat blijven. In dat geval kan de directe IF-test als een redelijk, maar niet volwaardig, alternatief van de kweekmethode worden beschouwd.

H. A. VERBRUGH

Oktober 1985

Wij kunnen ons vinden in de conclusies van collega Verbrugh voor wat betreft het strengere criterium (≥ 10 kenmerkende fluorescenties per preparaat) in populaties met lagere prevalenties van *C. trachomatis*-infecties.

F. S. DE WIT
J. D. BOS
J. J. E. VAN EVERDINGEN
K. W. SLATERUS

Amsterdam, november 1985

Behandeling van patiënten met pancreaskopcarcinoom

Plaatsing van een endoprothese in de galwegen is een waardevolle aanwinst voor de palliatie van maligne galwegobstructies bij patiënten die beter niet geopereerd kunnen worden, maar het kan geen panacee zijn voor de meeste patiënten met een pancreaskopcarcinoom, zoals de collegae Kalsbeek (1986; 117-20) en Huibregtse et al. (1986; 120-3) suggereren. Pancreaskopcarcinoom uit zich in obstructie-icterus, duodenumobstructie en pijn. Alleen met een operatie kunnen deze drie symptomen doeltreffend palliatief behandeld worden en kan 5% van de patiënten genezen.

Vergelijking van de bevindingen van Kalsbeek en van Huibregtse et al. met operatieve respectievelijk endoscopische behandeling wijst daar dan ook op. In Kalsbeeks onderzoek is één vergeefse laparotomie verricht (2%). Plaatsing van een endoprothese is echter bij ca. 10% van de patiënten technisch niet mogelijk. De sterfte in de eerste maand na aanleg van een biliodigestieve anastomose bedraagt 14%, na plaatsing van een endoprothese is dit 9,5%, toch niet zo'n groot verschil als vermeld door Obertop in zijn commentaar (1986; 100-2). Cholangitis en recidief van icterus komen na choledochojejunostomie weinig voor, doch werden bij 37,5% van de patiënten met

een endoprothese gezien. Duodenumobstructie treedt op bij een vierde van de patiënten, zoals Kalsbeek en Meincke et al. vermelden,¹ is alleen operatief te verhelpen, maar werd bij de endoscopische behandeling door patiëntselectie weinig gezien. De overlevingsduur van 6 à 7 maanden is vrijwel gelijk aan de mediane overleving van 5 maanden, die na endoscopische galweg-intubatie werd bereikt. Als beide patiëntengroepen vergelijkbaar zouden zijn, volgt ook uit deze gegevens dat choledochojejunostomie met gastro-enterostomie, eventueel aangevuld met splanchnicusblokkade, een betere palliatie geeft dan endoscopische intubatie, maar ten koste van een iets hogere operatiesterfte. De vraag is echter of Huibregtse et al. alleen pancreaskopcarcinomen hebben behandeld. Slechts bij 25% van hun patiënten werd de diagnose histologisch of cytologisch bevestigd. Preoperatieve diagnostiek, hoe geavanceerd ook, kan een klein pancreaskopcarcinoom niet met zekerheid onderscheiden van een distaal choledochus- of papilcarcinoom, goedaardige tumor of chronische ontsteking van het papil- en pancreaskopgebied. Percutane punctie onder echoscopische controle kan in 90% de diagnose pancreaskopcarcinoom bevestigen, zoals Huibregtse et al. schrijven, maar alleen als dat aanwezig is en dat is bij 75% van hun patiënten niet zeker.

Bij een tumor van beperkte omvang in het pancreaskopgalweggebied zijn chirurgische exploratie en histologisch onderzoek aangewezen, zo mogelijk gevolgd door een curatieve resectie en anders door een maximaal palliatieve ingreep. Pancreatoduodenectomie kan volgens Obertop met 10% operatiesterfte uitgevoerd worden. Bij pancreaskopcarcinoom wordt daarmee een 5-jaarsoverleving van 5% en een gemiddelde overlevingsduur van 14 maanden bereikt, bij peri-ampullaire carcinomen zijn deze getallen 30% resp. 22 maanden.² De resultaten van palliatieve behandeling zijn hierboven vermeld en bij benigne afwijkingen is operatieve behandeling in principe curatief. Endoscopische galweg-intubatie is geïndiceerd bij patiënten met een gemetastaseerde of lokaal ver doorgesloede tumor, met een hoog operatierisico of met een hoge leeftijd.

De beste behandeling die deze patiënten gegeven kan worden, is nog steeds meestal een operatieve, hoe mager de resultaten hiervan op zich zelf ook zijn. Door de chirurgische mogelijkheden ter behandeling van genoemde aandoeningen op te geven voor een endoscopische behandeling van het belangrijkste symptoom van die aandoeningen, hoe bekwaam en vaak door Huibregtse et al. uitgevoerd dan ook, dreigt het kind met het badwater weggegooid te worden.

LITERATUUR

¹ Meincke WB, Twomey PL, Guernsey JM, Frey CF, et al. Gastric outlet obstruction after palliative surgery for cancer of head of pancreas. Arch Surg 1983; 118: 550-3.

² Hoitsma HFW. De chirurgische behandeling van het adenocarcinoom van het duodeno-pancreas. Amsterdam: 1977. Proefschrift.

E.J. BOERMA

Haarlem, januari 1986

Collega Boerma benadrukt nogmaals dat curatieve resectie de beste behandeling is van het pancreaskopcarcinoom. Helaas is dit zelden mogelijk, aangezien de tumorgroei meestal te ver is voortgeschreden, of een slechte algemene toestand of hoge leeftijd van de patiënt verhoogt het operatierisico te zeer. Voor de meeste patiënten met een pancreaskopcarcinoom is daarom palliatieve behandeling aangewezen. Voor een endoscopische palliatie kan worden gekozen wegens de geringe belasting voor de patiënt en wegens sterfte als gevolg van de ingreep, zoals Huibregtse et al. laten zien. De aanwezigheid van een gastro-intestinale obstructie of noodzaak om een histologisch bewijs voor de diagnose te verkrijgen, zijn argumenten om palliatie langs chirurgische weg te verrichten, vooral bij een tamelijk lange levensverwachting. Bijdragen zoals die van Huibregtse et al. en van Kalsbeek kunnen ons helpen bij een dergelijke moeilijke keuze.

H. OBERTOP

Maastricht, februari 1986

Boekaankondigingen

Aanbevolen leerboeken: Heelkunde

Bij het schrijven van een aanbeveling over boeken op het terrein van de heelkunde is het van belang de doelgroep, de gebruikers, in ogenschouw te nemen. Deze aanbeveling geeft advies aan de 'oudere' student en de jonge - niet chirurgische - arts over de aanschaf van chirurgische leerboeken. Deze boeken kan men grofweg in 4 categorieën indelen: encyclopedisch opgezette boeken, met veel achtergrondinformatie; boeken die beknopt en overzichtelijk van opzet zijn, geschikt voor voorbereiding op examens; monografieën waarin één of een groep van aandoeningen of therapievormen worden belicht, en technische boeken, specifiek gericht op de beoefenaar van het vak, waarvoor een uitgebreide voorkennis noodzakelijk is. Aangezien de twee laatstgenoemde groepen van leerboeken eigenlijk speciaal bedoeld zijn voor de specialist en de specialist in opleiding, vallen deze buiten het kader van deze aanbeveling.

Engelstalige literatuur is tegenwoordig de voornaamste bron van de curricula van de Faculteiten der Geneeskunde in Nederland en de hedendaagse Nederlandse chirurgie is ook sterker dan ooit gericht op die in de Angelsaksische landen. Daarom zijn in dit overzicht slechts Engelstalige en Nederlands-talige boeken opgenomen.

Het ware te wensen dat de student in de geneeskunde zijn

keuze wat chirurgieboeken betreft, zou laten vallen op een goed modern naslagwerk. De twee onderstaande Amerikaanse standaardwerken komen hiervoor in aanmerking, beide boeken zijn van hoge kwaliteit. Om de 5 à 7 jaar is er een heruitgave waarin nieuwe ontwikkelingen zijn opgenomen. Wanneer men als student thuis is geraakt in één van deze standaardwerken en wanneer men later als praktizerend - niet chirurgisch - arts steeds de herdruk aanschaf, zullen vrijwel alle vragen op het gebied der chirurgie, waar men verder ook werkzaam is in de geneeskunde, opgezocht en beantwoord kunnen worden.

Davis-Christopher, *Textbook of surgery. The biological basis of modern surgical practice*. Sabiston jr DC, ed. 13e druk. Philadelphia: Saunders, 1986. Prijs: geb. f 293,15.

Dit naslagwerk, bewerkt door Sabiston, heeft in de laatste 30 jaar 7 heruitgaven gekend. Thans is de 13e druk te koop, ca. 2.500 bladzijden in één band of verdeeld over 2 banden. Het geeft de fysiologische en anatomische achtergrond van de chirurgie in bredere zin. Het sluit aan bij standaardwerken uit de interne geneeskunde, zoals Harrison's *Principles of internal medicine*. Naast de gebieden die traditioneel tot de algemene heelkunde worden gerekend, worden ook de chirurgische aspecten van de neurochirurgie, gynaecologie, hartchirurgie, urologie, orthopedie en keel-, neus- en oorheelkunde in één en dezelfde context behandeld.