

juist, dan wil het mij voorkomen dat er geen of nauwelijks vormen van kunstmatige voeding te vinden zijn waarbij niet sprake is van een medische behandeling, weliswaar uitgevoerd door verpleegkundigen, en als zodanig onderworpen aan het door Leenen bedoelde voor medische handelingen geldende normatieve kader.

P. SPIT

Eindhoven, december 1985

Noch de toedieningswijze, noch de aard van het produkt, noch het feit dat de arts de opdracht heeft gegeven, is bij deze materie relevant. Het gaat om de vraag of een behandeling medisch zinloos is geworden en het stoppen van de kunstmatige toediening van voedsel en vocht binnen afzienbare tijd tot het overlijden leidt. In het algemeen zal dat bij niet-beademde, irreversibel comateuze patiënten niet het geval zijn, omdat daarbij aan de tweede genoemde voorwaarde niet is voldaan. Het opdracht geven door een medicus maakt een handeling niet zonder meer een medische handeling. In de in het artikel genoemde categorie b gaat het om verpleging en verzorging, ook al geeft de arts aan wat er moet geschieden. Zelfs kan worden gezegd dat in het algemeen voeding- en vochttoediening verpleegkundige handelingen zijn. Bij wijze van exceptie echter kan kunstmatige vocht- en voedingtoediening in feite een medische handeling worden en over die categorie handelt het artikel. Dat kan bij het einde van het leven het geval zijn, bijvoorbeeld als alleen de kunstmatige toediening van voedsel en vocht het spoedig overlijden van de patiënt tegenhoudt.

H. J. J. LEENEN

Amsterdam, december 1985

De behandeling van kystische fibrose

Dit interessante artikel van J. C. de Jongste et al. (1986; 297-301) laat voor het bepalen van de keuze van de te gebruiken antibiotica een aantal vragen open.

– Graag had ik de reden vernomen waarom van de aminoglycosiden als eerste voor tobramycine wordt gekozen, speciaal in een vergelijking met netilmicine over dosis-effectiviteit en -toxiciteit. Vermelding van het resultaat van de wekelijkse controle van nier- en gehoorfunctie zou daarbij van nut kunnen zijn. Overigens stelt zich hier de vraag of zo'n controle elke week na beëindiging van de opname niet een te grote belasting voor de patiënt is. Controle alleen tijdens de opname lijkt daarentegen niet bijzonder informatief.

– De initiële keuze voor het β -lactam-antibioticum ticarcilline, ondanks de daaraan inherente belangrijk zwaardere Na^+ -belasting in vergelijking met azlocilline, wordt niet onderbouwd door vergelijking van de frequentie van voorkomen van voor azlocilline ongevoelige stammen bij het aangegeven regime ten opzichte van die welke zich manifesteert bij het toepassen van azlocilline als β -lactam-antibioticum van de eerste keus. Zonder een zodanige vergelijking is de vermelde voorkeur onverklaard. – Dat er na gebruik van ticarcilline en azlocilline nog veel *Pseudomonas*-stammen voorkomen die dan toch nog gevoelig zijn voor cefsulodine waag ik te betwijfelen. Zou dit toch het geval zijn, zou ik vrezen dat patiënten met een aan de kliniek verbonden stam zijn besmet.

– Tenslotte zou bij de aërosol-therapie naast het gebruik van tobramycine volledigheidshalve nog de toepassing van polymyxine kunnen worden vermeld. Ook al kan daarvan evenmin veel resultaat worden verwacht, men voorkomt in elk geval resistentie voor algemeen bruikbare middelen.

M. J. VAN TOORN

Noordwijk, februari 1986

In antwoord op de opmerkingen van collega Van Toorn willen wij het volgende naar voren brengen:

– De werkzaamheid van tobramycine in vitro ten opzichte van *Pseudomonas aeruginosa* is groter dan die van netilmicine.¹ Gehoor- en nierfunctie kunnen al tijdens de behandeling met aminoglycosiden verslechteren. Controle dient daarom gedurende en tevens 3 à 4 weken na het staken van de therapie te worden verricht.

– Inderdaad is de gevoeligheid van *P. aeruginosa* voor ticarcilline ongeveer dezelfde als die voor azlocilline. De reden dat wij de voorkeur geven aan ticarcilline bij patiënten bij wie geen zoutbeperking noodzakelijk is, is dat de kans op allergische reacties bij azlocilline wat groter lijkt te zijn dan bij ticarcilline.²

– Bij onze patiëntengroep is ongeveer 10% van de *P. aeruginosa*-stammen die niet gevoelig zijn voor ticarcilline en azlocilline, nog goed gevoelig voor cefsulodine. Uit typeringsonderzoek is gebleken dat patiënten met kystische fibrose gedurende een lange periode met dezelfde stam zijn geïnfecteerd.

– Polymyxine is een sterk neuro- en nefrotoxisch middel. Over de resorptie via het slijmvlies van de luchtwegen is ons niets bekend. Omdat tobramycine wel wordt geresorbeerd na vernevelen (wij hebben soms binnen 1 uur na vernevelen van 80 mg concentraties in het serum tot $5 \mu\text{g.m.}^{-1}$ gemeten), houden wij rekening met de mogelijkheid dat na verneveling potentieel toxische concentraties van polymyxine kunnen ontstaan.

LITERATUUR

¹ Michel MF. Aminoglycosiden. Pharm Weekbl 1984; 119: 662-6.

² Møller NE, Eriksen KR, Feddersen C, et al. Chemotherapy against *Pseudomonas aeruginosa* in cystic fibrosis. A study of carbenicillin, azlocillin or piperacillin in combination with tobramycin. Eur J Respir Dis 1982; 63: 130-9.

K. F. KERREBIJN

Rotterdam, februari 1986

Terminale thuiszorg: 'een uitzonderlijk geval'

Uit het artikel van collega Massop (1986; 289-91) blijkt, dat deze huisarts zeer veel zorg aan zijn patiënt heeft besteed, 1455 huisbezoeken! Toch dient men zich af te vragen of de behandeling zinvol is geweest. Iemand met een subclavia-infuus, twee buikwandfistels, een dunne-darmcatheter door de buikwand, een vaginale balloncatheter en hevige pijnen leidt geen menswaardig bestaan. Waarom moet deze patiënt met een uitgebreid carcinoom in leven worden gehouden met behulp van een subclavia-infuus? Deze infusen zijn bedoeld voor patiënten, bij wie een periode moet worden overbrugd, waarin onvoldoende voedingsstoffen oraal kunnen of mogen worden toegediend, maar niet om een lijdensweg 17 maanden te verlengen. Sondevoeding zou hier acceptabel zijn geweest; de ziekte duur zou dan waarschijnlijk beduidend korter zijn geweest. Mag een mens gewoon sterven, ook als hij niet voldoende voedsel tot zich kan nemen? Er is hier mijns inziens ten onrechte gebruik gemaakt van nieuwe specialistische medische technieken. De eerste lijn hoeft zeker niet sterker!

M. L. M. HOUBEN

Heerlen, februari 1986

Had collega Houben onze klinische les goed gelezen, dan had zij geweten dat via het subclavia infuus door ons alleen fysiologische zoutoplossing werd toegediend en geen voedingsoplossing. Dit infuus was al in het ziekenhuis ingebracht en werd door ons in situ gelaten om bij verdorsten vocht toe te kunnen dienen en eventueel medicamenten. Wij gaven alleen 2 l zoutoplossing per etmaal en zijn ervan overtuigd dat patiënte hiervan veel voordeel heeft gehad. Overigens werd door ons geen gebruik

gemaakt van nieuwe specialistische technieken. Het subclavia-infuus, de dunne-darmcatheter en de anus praeternaturalis waren klinisch-specialistisch aangelegd. De enige specialistische technische toevoeging die wij lieten aanbrengen, was de epidurale catheter om de pijn te bestrijden. De overige technische voorzieningen zoals vaginale balloncatheter en receptacula voor de buikwandfistels waren improvisaties onzerzijds, ter behandeling van veel narigheid. Collega Houben ziet dat haar zogenaamde specialistische technieken terecht, en niet ten onrechte zoals zij stelt, goed uitvoerbaar zijn in de eerste lijn. Kennelijk heeft zij 'geen idee' wat dunne-darmfistels voor de patiënt betekenen; zeker vaginaal! Of een leven al of niet menswaardig is, is in de eerste plaats ter beoordeling van de patiënt en niet aan de objectieve waarnemer op 200 km afstand. Zeker mag een mens gewoon sterven, het is echter onze taak dit sterven zo goed mogelijk te begeleiden en zo draaglijk mogelijk te maken. En naar onze mening is dat in het onderhavige geval met veel zorg en energie redelijk goed gelukt.

Uit de opmerkingen van collega Houben klinken verwijten en een hint in de richting van . . . maar liever termineren. Collega Houben moge zich indenken dat er ook nog patiënten zijn die absoluut niets van euthanasie willen weten. Zoals wij al schreven, hebben wij zeer veel met patiënte gesproken, alles werd tot in de finesses met haar doorgesproken en zij heeft als eenvoudig, doch geïntegreerd mens, haar lijden en sterven geaccepteerd. Dit mag ons tot nadenken stemmen.

De bedoeling van deze klinische les was o.a. te tonen dat de zogenaamde specialistische technieken heus niet zo bijzonder zijn en best te hanteren zijn in de eerste lijn. Verder was het de bedoeling er op te wijzen dat voor terminale thuiszorg zeer veel energie, improvisatie en doorzettingsvermogen noodzakelijk zijn. Terminale zorg wordt dagelijks door vele huisartsen in den lande, in samenwerking met andere eerstelijns werkers, met zeer veel inzet en liefde verleend en dat is een goede zaak. Men zou bij dit werk wat meer steun en waardering van overheidswege en ook van de kant van de financiers verwachten. Wat versterking van deze kant van de eerste lijn (één van de vele)! De essentie van deze klinische les is collega Houben kennelijk ontgaan.

J. H. A. MASSOUD

's-Heerenberg, maart 1986

Intramurale hematomen van de dunne darm tijdens het gebruik van orale anticoagulantia

Giesbers et al. constateren in hun artikel dat het hemoperitoneum dat bij operatie bij meer dan 80% wordt aangetroffen, bij lichamenlijk onderzoek vaak niet kan worden aangetoond en zij menen vervolgens dat echografie geen bijdrage zou kunnen leveren aan de diagnostiek van darmwandbloedingen (1986; 113-7). In het licht van de enorme vooruitgang die de echografie de laatste jaren heeft doorgemaakt, kan wellicht gesteld worden dat de twee gerefereerde (chirurgische) artikelen uit 1979 en 1981 niet meer als maatgevend mogen worden beschouwd. Echografie is de methode bij uitstek om zelfs minimale hoeveelheden vrij vocht in de buik aan te tonen.¹

In samenhang met het klinische beeld, het ontbreken van andere oorzaken voor vrij vocht, het gebruik van orale anticoagulantia en in het bijzonder een eventueel doorgesloten Thrombotest kan deze bevinding de diagnose doen vermoeden. Een eenvoudige echogelege ascitespunctie kan vervolgens het hemorrhagische karakter van het vocht aantonen waarmee de diagnose aannemelijk wordt gemaakt. Daarnaast blijken door echografie in ervaren handen in de praktijk nogal eens maag-/darmwandverdichtingen (bijv. carcinomen, ziekte van Crohn, diverticulitis) te kunnen worden geconstateerd, waarbij er geen

reden is aan te nemen dat dit in onderhavige gevallen niet ook mogelijk zou zijn.

LITERATUUR

- ¹ Ascites: comparison of plain film radiographs with ultrasonograms. Radiology 1984; 152: 503-6.

B. R. DE WITTE

Nuenen, februari 1986

Collega De Witte heeft gelijk als hij stelt dat echografie in staat stelt zeer geringe hoeveelheden vocht in de buikholtte aan te tonen en dat door middel van punctie een hemoperitoneum kan worden vastgesteld. Dit versterkt een eventuele verdenking op de diagnose, doch is niet in staat haar te bewijzen of uit te sluiten.

A. A. G. M. GIESBERS

Hillegom, maart 1986

A. J. VOETS

H. L. DE SMET

L. J. G. P. VAN WILDEREN

Behandeling van patiënten met pancreaskopcarcinoom

Naar aanleiding van de artikelen van de collegae Obertop (1986; 100-2) en Kalsbeek (1986; 117-20) over de behandeling van patiënten met een pancreaskopcarcinoom, wil ik graag het volgende opmerken. De laatste jaren heeft de endoscopische retrograde cholangiopancreaticografie (ERCP) als diagnostisch onderzoek een grote vlucht genomen. Wanneer er een obstructie van de ductus choledochus wordt vastgesteld, is het direct plaatsen van een endoprothese in ervaren handen een elegante palliatieve therapie. Obertop stelt dat het blijvend inwendig draineren door een percutaan ingebrachte endoprothese niet altijd mogelijk is en dat daarom de endoscopisch ingebrachte prothese de voorkeur verdient. Helaas is deze laatste methode technisch niet altijd mogelijk of ontbreekt de ervaring in het ziekenhuis. In dergelijke gevallen zou ik willen pleiten voor de percutane benadering. Ook hier geldt, net als bij de endoscopische techniek, dat het succes en het complicatierisico sterk afhankelijk zijn van de ervaring van de uitvoerend specialist. De thans bij ons in gebruik zijnde 'double-J'-endoprothese (William Cook Europe) werd met succes bij 12 patiënten ingebracht.¹ Dislocatie of perforatie van dit type endoprothese is niet mogelijk door de dubbele 'varkenstaart'-vorm. Het dichtslippen van een endoprothese is naar mijn ervaring onafhankelijk van de gevolgde methode. Verder blijkt dat, indien noodzakelijk, een percutaan ingebrachte endoprothese eenvoudig te vervangen is met de endoscoop, zelfs in die gevallen waar deze techniek in eerste instantie faalde.

In beide artikelen wordt voorbijgegaan aan de (weliswaar kleine) groep patiënten die een Billroth II-maagresectie hebben ondergaan. Naar mijn mening ligt hier een duidelijke indicatie voor de percutane benaderingswijze. Een optimale behandeling van patiënten met obstructie-icterus vereist een goed overleg tussen gastro-enteroloog, chirurg en radiodiagnost. In ons ziekenhuis hebben wij daarmee goede ervaringen. Er zijn vele wegen die naar Rome leiden, slechts twee wegen leiden een endoprothese door de papil!

LITERATUUR

- ¹ Huisman AB, Jagt EJ van der. Percutaneous transhepatic biliary double-J endoprosthesis. Annual joint meeting of the European Society of Cardiovascular and Interventional Radiology and the European College of Angiography. Wenen, 1985.

A. B. HUISMAN

Enschede, januari 1986