

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.<sup>1</sup>

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

- <sup>1</sup> 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.<sup>1</sup> 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

- <sup>1</sup> 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