

radiotherapie. Wij weten inmiddels dat een maximale therapie bij kinderen met de ziekte van Hodgkin een genezingskans van meer dan 90% geeft. Men dient nu te zoeken naar een therapiemodel waarbij dit resultaat wordt bereikt, echter met een minimum aan schade voor de kinderen. Aan de laatste voorwaarde voldoet het Duitse protocol niet. Weliswaar trachten nu stapsgewijs de agressie van de therapie te verminderen, maar de schade die inmiddels bij zeer veel opgroeiende kinderen is aangericht, rechtvaardigt deze benadering niet. Voor de gedachte dat dit conservatieve Duitse onderzoek '... een van de intelligentere kankertherapie-onderzoekingen. . .' zou zijn, mis ik het referentiekader en de argumentatie.

Een attractieve benadering is die waarbij gezocht wordt naar combinatiechemotherapie die als primaire behandeling gegeven kan worden, die geen blijvende schade veroorzaakt en waarbij een ziektevrije overleving wordt bereikt in de orde van 90%. Agressievere behandelwijzen kunnen dan gereserveerd worden voor kinderen met recidief, of onvoldoende reactie op de gegeven therapie.

H. BEHRENDT

Amsterdam, juni 1986

Preoperatieve parenterale voeding bij ondervoeding: nuttig of onnuttig?

Het is moeilijk om een genuanceerd antwoord te geven op de vraag die Sauerwein en Van Gent stelden of preoperatieve parenterale voeding (PPV) nuttig of onnuttig is (1985; 2304-7). Uit het ontbreken van een duidelijk verschil tussen de resultaten van een behandelde groep en een controlegroep mag niet altijd geconcludeerd worden dat er in werkelijkheid géén verschil tussen de twee behandelingen bestaat. In het onderzoek van Tompson et al. bijvoorbeeld is het aantal patiënten per groep te gering – 41 patiënten verdeeld over 3 groepen – om te concluderen dat 'PPV waarschijnlijk niet van invloed is op de morbiditeit en sterfte'. Omdat algemeen wordt aangenomen dat twee of drie dagen PPV te kort is om enig gunstig effect te bereiken, mag bovendien uit de twee onderzoeken van Holter et al. niet geconcludeerd worden dat PPV zinloos is. Ondanks het ontbreken van duidelijke verschillen in deze onderzoeken en in die van Simms et al.¹ en Lim et al.² is er echter wel een tendens in het postoperatieve beloop die wijst op een gunstig effect van PPV.

Ten minste drie prospectief gerandomiseerde onderzoeken – van Heatley et al. en twee van Müller et al. – zijn bekend waarin een duidelijke daling van postoperatieve morbiditeit en (of) sterfte werd bereikt bij patiënten met een tumor in de tractus digestivus door het gedurende 7-10 dagen geven van preoperatieve parenterale voeding.³ Weliswaar kregen ook goed gevoede patiënten PPV, waardoor van overbehandeling sprake kan zijn, maar een feit blijft dat deze grote groep patiënten baat had van PPV.

Omdat patiënten met een proximaal in de tractus digestivus gelegen carcinoom vaker ondervoed zijn en omdat zij meer ernstige (dodelijke) postoperatieve complicaties hebben dan degenen met een colorectale tumor,⁴ lijkt het verstandig patiënten die tot deze risicogroep behoren preoperatief te voeden.

Het is overigens aangetoond dat één à twee weken PPV leidt tot een stijging van de stikstof- en kaliumbalans en dat de totale eiwitmassa van het lichaam bij een groot deel van ondervoede kankerpatiënten duidelijk toeneemt.^{5, 8} Deze verbetering van de voedingstoestand die gepaard gaat met een toename van de cellulaire immuniteit is mede een verklaring voor de gunstige invloed van PPV op het postoperatieve beloop.⁹ Hoewel klinisch nog niet bewezen, tonen dierexperimenten duidelijk aan dat een verbeterde voedingstoestand door PPV de wond- en naadgenezing bevordert.^{4, 10} Dat PPV nuttig kan zijn blijkt uit

de literatuur en onze ervaringen stemmen daarmee overeen. In een prospectief onderzoek zagen wij na de invoering van PPV bij ondervoede patiënten met een proximaal in de tractus digestivus gelegen tumor een daling van het aantal naadlekkages (12% tegen 2,5%) en een lagere sterfte na resectie (20% tegen 5%).⁴ Omdat er sprake is van een historische controlegroep mogen aan deze resultaten géén algemene conclusies worden verbonden, maar zij sterken ons wel in de overtuiging van het nut van PPV bij ondervoede patiënten met een proximaal in de tractus digestivus gelegen tumor.

LITERATUUR

- 1 Simms JM, Oliver E, Smith JAR. A study of total parenteral nutrition (TPN) in major gastric and esophageal resection for neoplasia. *JPN* 1980; 4: 422.
- 2 Lim STK, Choa RG, Lam KH, Wong J, Ong GB. Total parenteral nutrition versus gastrostomy in the preoperative preparation of patients with carcinoma of the esophagus. *Br J Surg* 1981; 68: 69.
- 3 Müller JM, Keller HW, Brenner U, Walter M, Holzmüller W. Indications and effects of preoperative parenteral nutrition. *World J Surg* 1986; 10: 53-63.
- 4 Vree R. Preoperatieve parenterale voeding en galdrainage in de oncologische gastrointestinale chirurgie. Leiden, 1985. Proefschrift.
- 5 Burt ME, Stein TP, Schwade JG, Brennan MF. Whole-body protein metabolism in cancer-bearing patients. *Cancer* 1984; 53: 1246.
- 6 Shamberger RC, Brennan MF, Goodgame JT, et al. A prospective randomized study of adjuvant parenteral nutrition in the treatment of sarcomas: Results of metabolic and survival studies. *Surgery* 1984; 96: 1.
- 7 Starker PM, Askanazi J, Lasala PA, Elwyn DH, Gump FE, Kinney JM. The effect of parenteral nutritional repletion on muscle water and electrolytes. *Ann Surg* 1983; 198: 213.
- 8 Shizgal HM. Body composition of patients with malnutrition and cancer. *Cancer* 1985; 55: 250-3.
- 9 Forse RA, Christou N, Meakins JL, MacLean LD, Shizgal HM. Reliability of skin testing as a measure of nutritional state. *Arch Surg* 1981; 116: 1284-8.
- 10 Graaf PW de. The influence of tumorgrowth on wound healing. Leiden, 1981. Proefschrift.

R. VREE

C. J. H. VAN DE VELDE

's-Gravenhage,

Leiden, mei 1986

Het is zo mogelijk nog moeilijker een genuanceerd antwoord te geven op de reactie van collegae Vree en Van de Velde naar aanleiding van ons artikel. Het is duidelijk dat zij de, overigens voor de hand liggende, overtuiging hebben dat preoperatieve parenterale voeding (PPV) van ondervoede patiënten goed moet zijn. Hun volgende stap is echter minder voor de hand liggend. Uitgaande van deze overtuiging trachten zij de schaarse gegevens over dit onderwerp te interpreteren in het licht van deze overtuiging. Het enige goed uitgevoerde onderzoek wordt terzijde geschoven, omdat het een betrekkelijk gering aantal patiënten bevatte.¹ Andere onderzoeken, waarin niet meer dan een tendens tot gunstig effect wordt gezien, worden als belangrijk naar voren geschoven. Het argument dat zij een gunstig effect zagen van PPV in eigen onderzoek mag nauwelijks gemeld worden, aangezien het gebruik van historische controlegroepen één van de klassieke fouten is bij dit soort onderzoek.

Het best wordt dit alles geïllustreerd in het toen nog niet verschenen artikel van Müller et al.² Deze auteurs hebben na publicatie van hun artikel in de *Lancet*³ hun resultaten verder geanalyseerd. Zoals eerder gemeld had de groep met PPV een lagere frequentie van complicaties en een lagere sterfte, maar in tegenstelling tot de verwachting bleken ondervoede patiënten niet meer nut te hebben van PPV dan de niet ondervoede. Bovendien waren er verschillende belangrijke veranderingen in

de chirurgische operatiemethode ingevoerd tijdens de onderzoeken. Als alleen de patiënten die volgens de nieuwste methoden waren geopereerd in het onderzoek werden betrokken, bleek het verschil in wondinfectie 5%, in pneumonie 4% en in belangrijke complicaties en sterfte 6% te bedragen ten gunste van de PPV-groep. Zoals deze auteurs zelf aangaven, betekent dit dat een onderzoek met 1000 patiënten nodig is om te bewijzen dat PPV de postoperatieve complicatiefrequentie vermindert. Deze auteurs achten PPV toch geïndiceerd, ook al is het maximaal bereikbare effect niet groter dan 5%, een stelling die onzes inziens open is voor discussie.

Overigens moet de stelling dat 1-2 weken PPV leidt tot een duidelijke toename van de lean body mass (LBM) bij carcinoompatiënten ook genuanceerd beschouwd worden. Burt et al. trokken deze conclusie omdat er in hun onderzoek geen verdere afname van de LBM was, maar hebben geen controlegroep.⁴ Shizgal vond bij 8 van de 17 patiënten een normalisering van de LBM onder invloed van parenterale voeding, maar verschaftte geen gegevens over de verdere therapie.⁵ Dit is daarom van belang omdat Forse et al. de duidelijke toename van LBM niet toeschreven aan parenterale voeding, maar aan de aard van de andere, meer causale therapie.⁶

LITERATUUR

- 1 Thompson BR, Julian TB, Stremple JF. Perioperative total parenteral nutrition in patients with gastrointestinal surgery. *J Surg Res* 1981; 30: 497-500.
- 2 Müller JM, Keller HW, Brenner U, Walter M, Holzmüller W. Indications and effects of preoperative parenteral nutrition. *World J Surg* 1986; 10: 53-63.
- 3 Müller JM, Brenner U, Dienst C, Pichlmaier H. Preoperative parenteral feeding in patients with gastrointestinal carcinoma. *Lancet* 1982; i: 68-71.
- 4 Burt ME, Stein TP, Schwade JG, Brennan MF. Whole body protein metabolism in cancer-bearing patients. *Cancer* 1984; 53: 1246-52.
- 5 Shizgal HM. Body composition of patients with malnutrition and cancer. *Cancer* 1985; 55: 250-3.
- 6 Forse RA, Christou N, Meakins JL, MacLean LD, Shizgal HM. Reliability of skin testing as a measure of nutritional state. *Arch Surg* 1981; 116: 1284-8.

H. P. SAUERWEIN
G. J. VAN GENT

Amsterdam, mei 1986

Consensus osteoporose

Na het lezen van de overigens verhelderende samenvatting van de consensus-bijeenkomst (1986; 584-90) blijven mij vragen omtrent 'het nut van gestandaardiseerd en herhaald meten van de lichaamslengte' (stelling 17). Met name wordt voor dit goedkope en in de huisartspraktijk haalbare onderzoek niet vermeld hoe dikwijls het moet gebeuren om zinvol te zijn, noch welke veranderingen van de lichaamslengte een aansporing moeten vormen tot een verder onderzoek en (of) behandeling.

L. SLOOTMAECKERS

Mariekerke, mei 1986

Het herhaald gestandaardiseerd meten van de lichaamslengte, zoals aanbevolen in stelling 17 van de osteoporoseconsensus, was zeker niet bedoeld als aanbevolen methode om een overigens nog symptoomloos verlopene osteoporose op te sporen. Bedoeld is aan te geven dat men zich zo op eenvoudige wijze grofweg kan oriënteren omtrent het aanslaan van een therapie, zonder dat steeds weer röntgenfoto's van de wervelkolom behoeven te worden genomen. Bij een patiënt die wordt behandeld en dus regelmatig wordt teruggezien, en die geen nieuwe klachten van acute rugpijn heeft, zou men éénmaal per jaar de lichaamslengte kunnen meten. Moeilijker is het precies aan te geven welk lengteverlies een aanwijzing vormt tot het doen verrichten van nader onderzoek, omdat het proces lijkt voort te gaan. Men dient daarbij in het oog te houden dat de verschijnselen van osteoporose van de wervelkolom in het algemeen schoksgewijs verlopen en dat inzakkingen c.q. voortgaande vormveranderingen van wervels meestal met pijn gepaard gaan. Voor een sterk vermoeden van een compressiefractuur is dat belangrijk: acute pijn én korter worden (bijvoorbeeld ineens 1 à 1½ cm). Vormveranderingen ontstaan meestal meer geleidelijk; ze behoeven niet met pijn gepaard te gaan. Bovendien kan door versmalling van een aantal tussenwervelschijven ook een meer geleidelijk optredend verlies van lichaamslengte plaatsvinden. Wanneer een voortgaand verlies van lichaamslengte is geconstateerd, zal men dus in ieder geval nader (röntgen)onderzoek moeten laten verrichten.

D. H. BIRKENHÄGER-FRENKEL

Rotterdam, juni 1986

Literatuuroverzichten

Nederlandse literatuur (2e kwartaal 1986)

TIJDSCHRIFTEN

Huisarts en wetenschap. – 29e Jrg. 1986. Nr. 3. M.M. Kuyvenhoven, H.M. Jacobs, F.W.M.M. Touw-Otten en J.C. van Es, Verschillen in hulpverlening bij patiënten met vage klachten. Het ontwikkelen van instrumenten voor het meten van huisartsgeneeskundig handelen. H.G.A. Mokkink, V.C.L. Tielens, A.J.A. Smits en R.P.T.M. Grol, Werkstijlen van huisartsen. Een explorerend onderzoek naar verschillende stijlen van huisartsgeneeskundig handelen. L. Wigtersma, Geslachtsziekten bij homoseksuele mannen, waarheen? Het probleemaanbod in de Weekendpolikliniek Geslachtsziekten in Amsterdam. B.D.P. Eijrond en R.A. Coutinho, AIDS en de eerste lijn. Nr. 4. R. Grol, H. Mokkink en F. Schellevis, Effecten van onderlinge toetsing. 1. Spreekuurgedrag van huisartsen. K. van der Meer, Onderlinge consultatie: iets voor huisartsen? K. Gill en D.A.C.M. Hammerstein, Dystopia testis, een complexe puzzel.

Verslag van een literatuurstudie. A. Prins, Oestrogenen en de kans op ischemische hartziekten na de overgang. W. Roggen, *Het Artsen-FNA* 1986. Een overzicht van de nieuwe preparaten. Nr. 5. C. van Weel, Alledaagse ziekten en een gezond verstand. T. Lagro-Janssen en M. van Manen, Alles weggehaald. . . 1. Een onderzoek naar de relatie tussen uterusextirpatie en medische consumptie. R. Grol, H. Mokkink, J. van Deursen en A. Teunissen, Effecten van onderlinge toetsing. 2. Voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen. H. Lamberts, Interdoctervariatie en de kwaliteit van huisartsgeneeskundig handelen.

The Netherlands journal of medicine. – 29e Jrg. 1986. Nr. 3. J.J. van der Werff ten Bosch, A. Bot and B.M. Boslings, Growth of tall boys without and during androgen treatment. H.H. Nuvver-Zwart, A.M.T. Boerbooms and T.J.M. de Witte, Plasma