

dieet hielden: drie patiënten reageerden op een glutenvrij dieet, twee op een azokleurstoffenvrij dieet en één patiënt op een dieet zonder melk. Bij twee patiënten was er geen enkele verbetering waarneembaar en drie patiënten onttrokken zich aan het onderzoek. De schrijvers willen het onderzoek voortzetten bij een grotere groep patiënten met een dubbelblinde controle-groep door gebruik te maken van biscuits waaraan de verdachte voedingsstoffen zijn toegevoegd.

LITERATUUR

¹ Ferguson R, Basu MK, Asquith P, Cooke WT. Jejunal mucosal abnormalities in patients with recurrent aphthous ulceration. *Br Med J* 1976; 282: 11-3.

- ² Wray D. Gluten-sensitive recurrent aphthous stomatitis. *Dig Dis Sci* 1981; 26: 737-40.
³ Hay KD, Reade PC. The use of an elimination diet in the treatment of recurrent aphthous ulceration of the oral cavity. *Oral Surg* 1984; 57: 504-7.
⁴ Eversole LR, Shopper TP, Chambers DW. Effects of suspected foodstuff challenging agents in the etiology of recurrent aphthous stomatitis. *Oral Surg* 1984; 54: 33-8.
⁵ Wright A, Ryan FP, Willingham SE, Holt S, Page AC. Food allergy or intolerance in severe recurrent aphthous ulceration of the mouth. *Br Med J* 1986; 292: 1237-8.

J. J. E. VAN EVERDINGEN

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)

Het obstructieve slaap-apnoesyndroom en snurken; de uvulopalatofaryngoplastiek als operatieve therapie

Met belangstelling las ik het artikel over operatieve therapie van het obstructieve slaap-apnoesyndroom (OSAS) en snurken (1986; 1237-40). Wouters et al. behandelden 4 patiënten die overmatig snurkten en 3 patiënten met het OSAS door het verrichten van een uvulopalatofaryngoplastiek (UPFP) en hadden klinisch bij allen succes. Postoperatieve slaapregistraties ter objectivering hiervan ontbreken echter. Terecht merken de auteurs op dat hoewel subjectief van verbetering sprake kan zijn, patiënten met het OSAS toch onvoldoende kunnen reageren op chirurgische therapie. Resultaten op langere termijn zijn van de UPFP nog onvoldoende bekend.

Een zorgvuldige benadering van patiënten met symptomen van ademhalingsstoornissen tijdens de slaap is van essentieel belang alvorens therapeutische beslissingen kunnen worden genomen. Hierbij dient aandacht te worden geschonken aan luxerende factoren, waarbij naast overgewicht het gebruik van alcohol en benzodiazepinen niet onvermeld dient te blijven. Het is immers bekend dat door alcohol en in mindere mate door benzodiazepinen ademhalingsstoornissen tijdens de slaap verergeren.^{1,2} Zo kan bij snurkers een OSAS ontstaan na inname van alcohol.³ Eenvoudige adviezen hieromtrent kunnen de klachten zeer gunstig beïnvloeden. Bij adipeuze patiënten verdwijnt het OSAS vaak als patiënt in staat is af te vallen tot het gewicht van voor de klachten.⁴

Verder wordt de waarde van de nasale continueuze positieve airway pressure (n.CPAP) door de schrijvers ondergewaardeerd en als belastend omschreven. Dit lijkt in tegenspraak met het gerefereerde artikel.⁵ De n.CPAP kan zo worden aangepast als nodig is om obstructieve apnoe te voorkomen.⁶ Als door middel van een slaapregistratie het bestaan van een OSAS is aangetoond, kan het nuttig zijn om met n.CPAP te verifiëren of de klachten van de patiënt ook werkelijk erdoor veroorzaakt worden.⁷ Tevens is n.CPAP-therapie zinvol ter overbrugging van het effect van dieet, reductie van alcoholinname enz. Ook op lange termijn worden goede resultaten beschreven en de methode wordt door gemotiveerde patiënten in het algemeen goed verdragen.⁸

Naast de behandeling van de luxerende factoren is de therapiekeuze bij het OSAS afhankelijk van de ernst ervan, de plaats van de luchtwegobstructie en de motivatie van de patiënt. De behandeling hoeft niet a priori chirurgisch te zijn.

LITERATUUR

¹ Remmers JE. Obstructive sleep-apnea: A common disorder exacerbated by alcohol. *Am Rev Respir Dis* 1984; 130: 153-5.

- ² Dolly FR, Block AJ. Effect of flurazepam on sleep-disordered breathing and nocturnal oxygen desaturation in asymptomatic subjects. *Am J Med* 1982; 73: 239-43.
³ Issa FG, Sullivan CE. Alcohol, snoring and sleep-apnea. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982; 45: 353-9.
⁴ Wittels EH. Obesity and hormonal factors in sleep and sleep-apnea. *Med Clin North Amer* 1985; 69: 1265-80.
⁵ Sanders MH. Nasal CPAP effect on patterns of sleep-apnea. *Chest* 1984; 86: 839-44.
⁶ Sullivan CE, Berthon-Jones M, Issa FG. Reversal of obstructive sleep-apnea by continuous positive airway pressure applied through the nares. *Lancet* 1981; i: 862-5.
⁷ Rapoport DM, Sorkin B, Garay SM, et al. Nocturnal nasal-airway pressure for sleep-apnea (letter). *N Engl J Med* 1983; 308: 462.
⁸ Frith RW, Cant BR. Severe obstructive sleep-apnoea treated with long term nasal continuous airway pressure. *Thorax* 1985; 40: 45-50.

H. N. A. BELDERBOS

Amsterdam, juli 1986

Wij zijn collega Belderbos erkentelijk voor zijn constructieve opmerkingen bij ons artikel. Hoewel niet expliciet vermeld in het artikel, werden bij alle geopereerde patiënten ook na de operatie slaapregistraties gemaakt en waren de resultaten vermeld in de tabel hierop gebaseerd. Hierbij bleek dat bij alle geopereerde patiënten, met één uitzondering, de nachtelijke perioden van apnoe en desaturaties waren verdwenen. Bij één patiënt bleven nog steeds enkele perioden van obstructieve apnoe bestaan, die echter aanzienlijk minder frequent waren met minder diepe desaturaties. Gemiddeld werden deze registraties 8-12 weken na de operatie gemaakt.

Wij zijn het met collega Belderbos eens dat luxerende factoren zoals alcohol, benzodiazepinen en overgewicht een belangrijke rol kunnen spelen. Omdat deze patiënten slecht slapen zijn zij nogal eens geneigd naar een hulpmiddel te grijpen ter bevordering van de slaap. Hoewel het voor de hand ligt dat gewichtsvermindering tot verbetering van het klachtenpatroon kan voeren,^{1,2} namen Guilleminault et al. en Lugaresi et al. waar dat het effect op de klinische symptomen bij patiënten die tot gewichtsvermindering in staat waren tijdelijk of afwezig was.^{3,4} Het gevolg van gewichtsvermindering is mogelijk gerelateerd aan de ernst van het overgewicht van de individuele patiënt, waarbij het moeilijk blijkt te zijn te voorspellen in welke mate gewichtsvermindering noodzakelijk is voor het verkrijgen van het gewenste effect. Van de n.CPAP zijn inderdaad goede resultaten beschreven. Men moet zich echter goed realiseren dat men daarmee de patiënt 'veroordeelt' de rest van zijn leven met een nauwsluitend neusmasker te slapen, gekoppeld aan een

soort stofzuiger in dezelfde of aangrenzende kamer. Bovendien bestaat het risico van beschadiging van conjunctiva en (of) cornea. Guillemainault heeft onlangs op het 3e Symposium internacional de Neumologia in Sevilla officieel verklaard op deze gronden de n.CPAP als therapie te hebben verlaten. Voor afwijkingen op orofaryngeaal niveau blijft de UPFP de meest effectieve behandeling, hetgeen wij op grond van onze ervaringen bij thans 18 patiënten kunnen onderschrijven.

LITERATUUR

- Hoffmeister JA, Cabatingan O, McKee A. Sleep apnea treated by intestinal bypass. *J Maine Med Assoc* 1978; 69: 72-4.
- Sugerman HJ, Fairman RP, Lindeman AK, et al. Gastroplasty for respiratory insufficiency of obesity. *Ann Surg* 1981; 193: 677-85.
- Guillemainault C, Eldridge FL, Tilkian A, et al. Sleep apnea syndrome due to upper airway obstruction. *Arch Intern Med* 1977; 137: 296-300.
- Lugaresi E, Cirignotta F, Coccagna G, et al. Snoring and the obstructive sleep apnea syndrome. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1982; 35: 421-30.

H. J. WOUTERS

J. J. MANNI

H. TH. FOLGERING

P. H. M. VAN DER HAM-VELTMAN

Nijmegen, juli 1986

De betekenis van laparoscopie bij chronische buikpijn

Publikatie van dit artikel (1986; 1319-21) geeft mij aanleiding het ziektebeeld van de buikwandneuralgie (ofwel bekkenpijn-syndroom) nog eens onder de aandacht van de lezers van dit tijdschrift te brengen. Ik vraag mij af of de beschreven patiënte met chronische buikpijn, die zes maal tevergeefs werd geopereerd, niet aan dit ziektebeeld lijdt, en hoe vaak deze diagnose bij de 85 andere patiënten gesteld had kunnen worden. Over de buikwandneuralgie schreef Kloosterman in 1963 een klinische les;¹ in 1981 zijn over dit syndroom twee samenvattingen van wetenschappelijke voordrachten verschenen.^{2,3} Peters et al. vermelden wel de klinische les in hun literatuurlijst, maar (h)erkennen blijkbaar dit ziektebeeld niet, althans zij vermelden niet dat één van hun patiënten eraan zou kunnen lijden.

Indien men op grond van de anamnese en een zorgvuldig en voorzichtig gynaecologisch onderzoek deze diagnose heeft kunnen stellen, dan is de therapie geen 'schot in het duister' meer, wat overigens niet wil zeggen dat de behandeling altijd even gemakkelijk is. Eenvoudig laboratoriumonderzoek en echoscopie van de onderbuik kunnen nuttig zijn, laparoscopie is echter zelden nodig. Aan een patiënte met buikwandneuralgie (evenmin als aan een patiënte met trigeminusneuralgie) zegge men nooit 'wij kunnen niets vinden' of 'er is niets aan de hand'; bij een juist uitgevoerd gynaecologisch onderzoek vindt men namelijk een aantal pijnlijke drukpunten aan de binnenkant van de buikwand. Buikwandneuralgie is dan ook geen diagnose per exclusionem, maar een concrete bevinding bij vaginaal toucher.⁴

Is de diagnose gesteld, dan begint men de behandeling met een gesprek, waarin aan de patiënte het syndroom wordt uitgelegd,¹ andere vormen van behandeling vindt men elders beschreven;^{2,3} psychosociale hulpverlening is in het algemeen even onjuist als het uitvoeren van nodeloze operaties⁴ en het geven van zinloze medicijnen.

LITERATUUR

- Kloosterman GJ. Pijn in de onderbuik. *Ned Tijdschr Geneesk* 1963; 107: 101-7.
- Loendersloot EW, Reeper M de. Het bekkenpijn syndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1981; 125: 121.

³ Vlaanderen W. Praktische aanpak van buikwandneuralgie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1981; 125: 121-2.

⁴ Vlaanderen W. De spontane abortus. Amsterdam, 1983. Proefschrift.

⁵ Bakker RW, Stenvers JW. Buikwandneuralgie en de neurologische behandeling. *Practitioner* (Nederlandse uitgave) februari 1986: 167-70.

R. W. BAKKER

Amsterdam, juli 1986

Wij hebben ons in dit eerste onderzoek beperkt tot de vraag of laparoscopie zonder meer als aanwinst gekenmerkt kan worden in de diagnostiek bij vrouwen met chronische buikpijn. Wij zijn dan ook niet verder ingegaan op alle andere facetten die een rol spelen in de diagnostiek, behandeling en begeleiding. Binnenkort hopen wij uitgebreider te rapporteren over een prospectief onderzoek bij vrouwen met chronische buikpijn, wat mede mogelijk wordt gemaakt door een subsidie van het Praeventiefonds. Daarop vooruitlopend kunnen wij stellen dat wij aan buikwandneuralgie zeker als ziektebeeld uitgebreid aandacht besteden.¹ Wij willen dan ook nogmaals duidelijk verklaren dat bij een integrale benadering van de vrouwen met chronische buikpijn ook zeker alle aandacht besteed wordt aan somatische factoren. Verder zijn wij het vanzelfsprekend met de schrijver eens dat indien een diagnose gesteld wordt de behandeling begint met een gesprek waarin aan de patiënte het syndroom wordt uitgelegd. Dit geldt vanzelfsprekend niet alleen voor de buikwandneuralgie.

Minder eens zij wij het met de schrijver met de laatste opmerking waarin hij stelt dat psychosociale hulpverlening in het algemeen even onjuist is als het uitvoeren van een nodeloze operatie en het geven van zinloze medicijnen. Het ware juist geweest als er gesproken was van onnodige psychosociale hulpverlening. Wij willen er met nadruk op wijzen dat psychosociale begeleiding van vrouwen met chronische buikpijn vaak onmisbaar is bij een juiste benadering.

LITERATUUR

- Slocombe JC. Neurological factors in chronic pelvic pain. Trigger points and the abdominopelvic pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149: 536-43.

A. A. W. PETERS

J. B. TRIMBOS

H. J. M. ELIE

E. V. VAN HALL

Leiden, juli 1986

De overlijdensverklaring

Ik wil over dit juridische geschil met Leenen in dit medische tijdschrift (1986; 1430-1) zo duidelijk mogelijk zijn zonder te lang te worden. Leenen en ik hebben wel een gemeenschappelijk uitgangspunt: ter zake van *medische handelingen* is de arts niet strafbaar, ook al beantwoorden die aan een delictomschrijving in de strafwet. Het enkele feit dat de dood van de patiënt mede is veroorzaakt door zo'n medische handeling, staat de afgifte van de overlijdensverklaring niet in de weg.

Onze wegen scheiden zich waar ik betoog (1986; 1411-2), dat naar geldend recht ook euthanasie – het doen of laten sterven van een patiënt overeenkomstig diens verlangen of in diens belang – medisch handelen kan zijn. Leenen betwist dat. Hij is in goed gezelschap: van de Staatscommissie, de regering, de Raad van State. Toch deugt zijn standpunt niet.

De nariigheid is, dat de Staatscommissie in haar rapport het euthanasievraagstuk voetstoots als een strafrechtelijk vraagstuk behandelt, en daarbij voorts een met het systeem van ons