

partus al of niet als regel klinisch zou willen laten plaatsvinden met de gynaecoloog als medeverantwoordelijke op de achtergrond, en of men moet streven naar betere perinatologische afdelingen in de Nederlandse ziekenhuizen, dan wel of men nog geheel andere maatregelen zou moeten treffen, het zijn allemaal vragen die beter door anderen dan door mij kunnen worden beantwoord. Enige spoed lijkt hierbij wenselijk. De wetenschap dat Nederland ten opzichte van de thuisbevallingen in de westerse wereld een uitzonderingspositie inneemt, moge hierbij ook enig gewicht in de schaal leggen.

Tenslotte herhaal ik graag: misschien zijn andere en betere verklaringen mogelijk voor de onvoldoende daling van de perinatale sterfte in Nederland. In deze ingezonden brieven heb ik ze echter niet gevonden.

LITERATUUR

- 1 Doornbos JPR, Nordbeck HJ. Perinatal mortality. Amsterdam, 1985. Proefschrift.
- 2 Centraal Bureau voor de Statistiek. Maandstatistiek van de bevolking. December 1984; jaargang 32, no 12, bl. 77.
- 3 Centraal Bureau voor de Statistiek. Maandstatistiek van de bevolking. Juni 1985; jaargang 33, no 6, bl. 66.
- 4 Reijnders FJL, Meuwissen JHJM. Intra-uteriene vruchtdood. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 967-9.

D. HOOGENDOORN

Wijhe (Ov.), augustus 1986

Pijn rechts in de bovenbuik bij jonge vrouwen: het syndroom van Fitz-Hugh-Curtis

De collegae Veldhuyzen van Zanten et al. vragen zich af waarom het intraperitoneale ontstekingsproces – veroorzaakt door *Neisseria gonorrhoeae* en *Chlamydia trachomatis* – bij patiënten met het Fitz-Hugh-Curtis-syndroom steeds rechts in de bovenbuik wordt aangetroffen (1986; 1169-71). Het antwoord op deze vraag kan mogelijk gevonden worden in het feit dat er in de peritoneale ruimte een continue opstijgende vochtstroom bestaat, die – via de rechter paracoliche goot – voornamelijk gericht is naar de lymfevaten van de rechter helft van het diafragma.^{1,2} Met deze vochtstroom worden behalve o.a. eiwitten, lymfocyten, macrofagen en afgestoten mesothelcellen ook eventueel in de peritoneale ruimte aanwezige bacteriën en tumorcellen afgevoerd.³ Intraperitoneale vochtverplaatsing naar de linker helft van het diafragma daarentegen wordt tegengegaan door het ligamentum phrenicocolicum, dat zich proximaal in de linker paracoliche goot bevindt, en dat gevormd wordt door een plooi in het dorsale deel van het peritoneum parietale.⁴ De rechter diafragmahelft bevat, als anatomische weerspiegeling van de genoemde intraperitoneale stroomverhoudingen, veel meer lymfevaten dan de linker diafragmahelft⁵ en het rechter deel van het diafragma moet dan ook beschouwd worden als het belangrijkste lymfetransportgebied van de buikholte.²

Voortvloeiend uit deze anatomische en fysiologische gegevens is het verklaarbaar dat bij intraperitoneaal uitgezaaide maligniteiten, zoals bij het ovariumcarcinoom, de rechter diafragmahelft vaak ernstiger is aangetast door de peritonitis carcinomatosa dan de linker.⁶ Ook intraperitoneale verspreidingsabscessen hebben, zoals bekend, een voorkeur voor een lokalisatie rechts onder het diafragma.⁷

Aangenomen zou kunnen worden dat gonokokken en *Ch. trachomatis* vanuit de tubae eveneens via de rechter paracoliche goot afgevoerd worden naar de lymfevaten van de rechter diafragmahelft. De perihepatitis, die bij deze infecties rechts boven in de buik gevonden wordt, zou dan een gevolg kunnen zijn van stasis van de bacteriën. Er zijn namelijk aanwijzingen dat de lymfevaten van het diafragma – en vooral ook de

'mondjes' (stomata) tussen de mesothelcellen, via welke deze lymfevaten in direct contact staan met de peritoneale ruimte – als reactie op micro-organismen een verminderde doorgankelijkheid gaan vertonen.⁸

LITERATUUR

- 1 Autio V. The spread of intraperitoneal infection. Acta Chir Scand 1964; suppl 321: 1-31.
- 2 Kroon BBR. Over het ontstaan en de chirurgische behandeling van maligne ascites. Amsterdam, 1986. Proefschrift.
- 3 Yoffey JM, Courtice FC. Lymphatics, lymph and the lymphomyeloid complex. London: Academic Press, 1970.
- 4 Meyers MA. Roentgen significance of the phrenico-colic ligament. Radiology 1970; 95: 539-45.
- 5 Lemon WS, Higgins GM. Lymphatic absorption of particulate matter through the normal and the paralyzed diaphragm: An experimental study. Am J Med Sci 1929; 178: 536-47.
- 6 Rosenoff SH, Young RC, Anderson T, et al. Peritoneoscopy: A valuable staging tool in ovarian carcinoma. Ann Intern Med 1975; 83: 37-41.
- 7 Harley HRS. Subphrenic abscess, with particular reference to the spread of infection. Ann R Coll Surg Engl 1955; 17: 201-24.
- 8 Tsilibary EC, Wissig SL. Lymphatic absorption from the peritoneal cavity: Regulation of patency of mesothelial stomata. Microvasc Res 1983; 25: 22-39.

B. B. R. KROON

Amsterdam, augustus 1986

Collega Kroon vestigt terecht de aandacht op de mogelijkheid van verspreiding van micro-organismen vanuit de tubae via de rechter paracoliche goot naar de lymfevaten van de rechter diafragmahelft als verklaring voor perihepatitis chlamydiae. Hiermee kan echter niet verklaard worden dat het ziektebeeld soms optreedt bij vrouwen die gesteriliseerd zijn en zelfs bij mannen. Tevens zijn er slechts enkele gevallen beschreven waarbij het gelukt is *Ch. trachomatis* of andere organismen te isoleren van het aangetaste leveroppervlak. Andere mechanismen moeten dus ook overwogen worden.

J. T. M. VAN DER SCHOOT

Amsterdam, augustus 1986

De waarde van computertomografie voor het opsporen van lokaal recidief na operatie wegens rectum- of rectosigmoidcarcinoom

Het artikel van collega Joosten et al. (1986; 1190-3) geeft ons aanleiding tot het volgende commentaar. In tabel 2 komen zij tot de conclusie dat van 3 methoden voor het opsporen van loco-regionaal recidief na in opzet curatieve operatie wegens rectumcarcinoom klinisch onderzoek de hoogste sensitiviteit heeft en de op één na hoogste specificiteit. Dit is in overeenstemming met onze ervaring. Bij mannen en vrouwen kan immers na sfinctersparende behandeling het grootste gedeelte van het kleine bekken middels rectaal toucher worden onderzocht. Bij vrouwen kan na rectumextirpatie meestal nog langs vaginale weg onderzoek van het kleine bekken worden uitgevoerd. Alleen bij mannen zou onzes inziens na een in opzet curatieve rectumextirpatie computertomografie van waarde kunnen zijn voor het opsporen van het vroege lokale recidief.

Elders komen de auteurs tot de conclusie: 'Het CEA-gehalte geeft beter dan elke andere laboratoriumtest het optreden van een 'lokaal' recidief aan.' In de omvangrijke literatuur over de waarde van het CEA-gehalte bij de controle van patiënten die behandeld zijn wegens carcinoom van colon of rectum wordt dit nu juist ontkend. Hine en Dykes beschreven dat bij 114 van de 171 patiënten met een aangetoond recidief van een colon- of rectumcarcinoom het CEA-gehalte steeg vóórdat er klinische