

Collega Van den Hombergh doet ons een interessante ziektegeschiedenis toekomen. Zijn casuïstiek toont nogmaals duidelijk hoe moeilijk de diagnose van een acute buik in de zwangerschap kan zijn. Het gegeven echter dat een dergelijke patiënte pas een maand na het ontstaan van de klachten door een arts wordt gezien, selecteert ongewild de ware acute buik van de aandoeningen die wel kunnen duiden op een acute buik in de zwangerschap, maar het niet zijn. Met andere woorden door de vertraging van een maand kristalliseert het klinische beeld zich uit. Er blijven dan in dit geval evidente verschijnselen van acute buik, zoals défense musculaire en een verhoogde bezinking, over. Deze vertraging zal in veel ontwikkelingslanden, zoals in Kameroen, onvermijdelijk zijn. In Nederland zou een dergelijke patiënte veel eerder bij een arts zijn gekomen en zou het probleem in feite moeilijker zijn doordat eerst het onderscheid tussen wel of geen echte acute buik zou moeten worden gemaakt in het beginstadium van het ziekteproces.

Een psoas-abcès, zeker in de zwangerschap, is een zeer ongewoon beeld in de westerse medische wereld, maar wel een differentiaaldiagnose om aan te denken. Daarom onze hartelijke dank aan collega Van den Hombergh voor zijn waardevolle aanvulling van de lijst met oorzaken van acute buik in de zwangerschap.

H. A. M. VERVEST
G. C. M. L. CHRISTIAENS
H. W. BRUINSE

De Meern, oktober 1986

Antegrade lavage tijdens operatie van afwijkingen in het linker deel van het colon

In het artikel van Van Mourik et al. (1986; 1322-4) stond een zin die me zeer aansprak: 'De behandeling van de patiënt met een acute aandoening van het linker deel van het colon zal individueel gericht zijn'. De auteurs vervolgen evenwel met: 'De enige contra-indicatie tegen resectie met primaire anastomose is een uitgebreide ernstige peritonitis'.

Deze tweede stelling laat mijns inziens van een individueel gerichte behandeling helaas weinig over. Bovendien kan deze stelling aanzetten tot waaghalzerij; met name bij volvulus van het colon sigmoideum. Reeds eerder namelijk suggereerden de schrijvers van bovenstaand artikel de antegrade lavage gevolgd door resectie met primaire anastomose, ook toe te passen bij sigmoïdvolvulus, wanneer conservatieve therapie (sigmoïdoscopie en deflatie van het colon) faalde.¹

In mijn ervaring bestaat bij de sigmoïdvolvulus die niet toegankelijk is voor conservatieve therapie meestal zoveel oedeem en hemorragische infarcering, dat resectie en primaire anastomose ook na lavage riskant blijven.² Overigens komt in het betreffende artikel niet één patiënt voor met sigmoïdvolvulus. En in de groep met 64 patiënten van Radcliffe et al., die de techniek van primaire anastomose van het linker colon na antegrade lavage introduceerden, had slechts één patiënt een sigmoïdvolvulus.³

Ook uit deze gegevens blijkt niet dat de beschreven techniek bij volvulus reeds een geaccepteerde zaak is. Aandoeningen van het linker colon zijn een grote vergaarbak van uiteenlopende ziektebeelden en de pathofysiologie van de obstructie-ileus op basis van een colontumor is een andere dan van een volvulus. Dit moet tot gevolg hebben dat de introductie van de antegrade colonlavage, etc. iets genuanceerder gebracht dient te worden. Bijvoorbeeld door te benadrukken dat niet alleen bij perforatieperitonitis als gevolg van sigmoïdvolvulus de Hartmann-operatie de methode der keuze is, maar dat dit geldt voor vrijwel elke sigmoïdvolvulus waarbij conservatieve therapie faalt en laparotomie noodzakelijk is.

LITERATUUR

- 1 Julius AJ, Meijer S, Hoitsma HFW, Luth WJ. Volvulus van het colon (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 975.
- 2 Schagen van Leeuwen JH. Sigmoidvolvulus in a West African population. Dis Colon Rectum 1985; 28: 712-6.
- 3 Radcliffe AG, Dudley HAF. Intraoperative antegrade irrigation of the large intestine. Surg Gynecol Obstet 1983; 156: 721-3.

J. SCHAGEN VAN LEEUWEN

Utrecht, augustus 1986

Nieuwe antirheumatica in oude magen

In het artikel van collega Offerhaus (1986; 1827-9) wordt een overzicht gegeven van de gastro-intestinale bijwerkingen van antirheumatica. In het bijzonder wordt gewezen op het risico van deze farmaca bij patiënten van 65 jaar en ouder. Ook ketoprofen (Orudis) komt hierbij ter sprake evenals piroxicam, naproxen en indometacine. Maag-darmbloedingen en -perforaties zouden bij gebruik van deze geneesmiddelen vaker voorkomen c.q. ernstiger zijn dan bij andere. Wij moeten aannemen dat de zinsnede over ketoprofen met name gebaseerd is op het artikel van O'Brien et al.¹ Juist dit artikel is in hetzelfde tijdschrift reeds becommentarieerd.² De inhoud van het commentaar betrof de wijze waarop het onderzoek had plaatsgevonden en vernoemt andere data waaruit blijkt dat ketoprofen juist relatief veilig is aangaande maag-darmbijwerkingen. O'Brien et al. bedienden zich van een retrospectief onderzoek dat tevens plaatsvond als bijproduct van een andere studie, waardoor de grondslagen zeker niet optimaal kunnen worden genoemd. Het geneesmiddelengebruik vóór het ketoprofengebruik is onbekend en kan uiteraard duidelijk aan de voornoemde bijwerkingen hebben bijgedragen. Bovendien kent een retrospectief onderzoek zijn beperkingen: geen controlegroep en een klein aantal patiënten. Tevens was het voorschrijven van ketoprofen in het onderzoeksgebied bijna driemaal zo hoog als het cijfer waar deze auteurs van uitgingen. Deze omissie is te verklaren, omdat zij geen precieze prescriptiegegevens van hun gebied kenden.

Uit de 13 jaar ervaring met ketoprofen en uit vele andere data, waaronder het bijwerkingenprofiel van het Committee on Safety of Medicines blijkt dat deze stof juist relatief minder (ernstige) maag-darmafwijkingen kent dan veel andere antirheumatica.^{3,5} Overigens onderschrijven wij wel de stelling van Offerhaus, dat men zo goed mogelijk moet doseren bij een zo scherp mogelijk gestelde indicatie om het risico van bijwerkingen zo veel mogelijk te beperken.

LITERATUUR

- 1 O'Brien JD, Burnham WR. Bleeding from peptic ulcers and use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the Romford area. Br Med J 1985; 291: 1609-10.
- 2 Auriche MJ, Teule M. Bleeding from peptic ulcers and use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. (Ingezonden) Br Med J 1986; 292: 1462.
- 3 Anonymus. Committee on Safety of Medicines Update: Non-steroidal anti-inflammatory drugs and serious gastrointestinal adverse reactions. Br Med J 1986; 292: 1190-1.
- 4 Anonymus. Committee on Safety of Medicines Update: Non-steroidal anti-inflammatory drugs and serious gastrointestinal adverse reactions. Br Med J 1986; 292: 614-5.
- 5 Bijlsma JWJ, Houben HML, Riel PLCM van. Ketoprofen: Weer een nieuw NSAID? TGO/JDR 1985; 10: 996-9.

E. F. M. MULDER
H. PIETERSE, medisch directeur
Rhône-Poulenc Pharma,
Amstelveen

Amstelveen, oktober 1986