

U- (arginine, hypoxanthine en uracil nodig voor de groei) behoren.³ Er zijn enkele studies die dit niet onderschrijven. Door Sandström et al. werd met serotypering aangetoond dat er een betere correlatie bestaat tussen gedissemineerde gonorrhoe en serogroep WI-gonokokken.⁴ Nadere evaluatie hiervan en bevestiging zijn nog nodig. Tot slot ontbreekt een belangrijke referentie; in 1974 verscheen een artikel over het 'septic gonococcal dermatitis'-syndroom in dit tijdschrift, waarin uitvoerig aandacht aan de diagnostiek van dit syndroom werd besteed.⁵

LITERATUUR

- 1 Oranje AP. Serological diagnosis of gonorrhoea using gonococcal pili as antigen. 1982. Proefschrift.
- 2 Evans BA. Ultrastructural study of cervical gonorrhoea. *J Infect Dis* 1977; 136: 248-55.
- 3 Noble RC, Reyes RR, Parekh MC, et al. Incidence of disseminated gonococcal infection correlated with the presence of AHU auxotype of *Neisseria gonorrhoeae* in a community. *Sex Transm Dis* 1984; 11: 68-71.
- 4 Sandström EG, Knapp JS, Reller LB, et al. Serogrouping of *Neisseria gonorrhoeae*: correlation of serogroup with disseminated gonococcal infection. *Sex Transm Dis* 1984; 11: 77-80.
- 5 Stolz E, Kampen WJ van, Vuzevski VD, IJzerloo JAG van. Een patiënte met het 'septic gonococcal dermatitis'-syndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1974; 118: 618-21.

A. P. ORANJE
E. STOLZ

Rotterdam, oktober 1986

Wij zijn Oranje en Stolz erkentelijk voor hun kritische opmerkingen. Wij kunnen het er volledig mee eens zijn dat het noodzakelijk is om, zeker bij het ontbreken van duidelijke aanwijzingen omtrent een definitieve diagnose, een tweede serummonster met betrekking tot ELISA met gonokokken-pili-antigeen in te sturen. Het wachten op een eventuele positieve uitslag hiervan was bij patiënt B echter onnodig, daar de diagnose reeds vóór het tijdstip van afname van het tweede serummonster gesteld was en de behandeling geslaagd bleek te zijn. De overige diagnostische mogelijkheden die beide collegae noemen inzake gedissemineerde gonorrhoe, waaronder ook de auxotypering, zijn academisch zeer interessant, doch leken ons in het kader van een klinische les niet van belang. Voor de volledigheid kunnen wij vermelden dat de Chlamydia-keuken bij beide patiënten negatief waren.

De waarde van de pili inzake de virulentie van de gonokok is verwarrend, zoals ook moge blijken uit de brief van Oranje en Stolz.

C. C. M. VAN GERVEN
J. H. SILLEVIS SMITT

Amsterdam, november 1986

Darmsparende chirurgie bij de ziekte van Crohn: resectie of stenoplastiek

In de over stenoplastiek verschenen publikaties worden steeds de indicaties beperkt tot chronische, stenoserende afwijkingen in de dunne darm.¹⁻⁴ Immers in de dunne darm ontstaan de stenosen die aanleiding geven tot subileus of ileus bij de ziekte van Crohn. De schrijvers suggereren om indicatie tot het verrichten van stenoplastiek uit te breiden naar stenosen in het colon sigmoideum en zelfs het rectum. Dit lijkt ons een advies met zeer beperkte toepasbaarheid. Stenosering in het sigmoid is zeldzaam en leidt vrijwel nooit tot ileus of subileus. Bovendien is vernauwing in het sigmoid nogal eens secundair aan een infiltraat dat zich vormt rondom een ileitis terminalis. De

afwijkingen in het sigmoid verdwijnen na ileocoecale resectie of genezing van het infiltraat na conservatieve behandeling. Geïsoleerde stenose in het rectum, zonder dat een dermate ernstige proctitis bestaat die proctectomie noodzakelijk maakt, is buitengewoon zeldzaam en indien deze tot symptomen leidt die zijn te wijten aan de stenose, dan geven wij de voorkeur aan dilatatie. Een verwijdingsplastiek in dit gebied is naar onze opvatting een lastige operatie die dient te geschieden via parasacrale benadering in een gebied waar het rectum niet bekleed is met peritoneum, en er bestaat een gereede kans op naadlekkage. Dit laatste argument is voor sommigen zelfs aanleiding om als routine bij een dergelijke ingreep een anus praeternaturalis aan te leggen. Bovendien kan beschadiging van de bekkenbodemmusculatuur of één van de anale sfincters optreden, terwijl bij de man impotentie kan ontstaan. Wij zijn van mening dat de stenoplastiek een buitengewoon waardevolle uitbreiding is van de chirurgische behandelmogelijkheden bij de ziekte van Crohn en ondersteunen dus van harte de boodschap van de schrijvers. Het is echter twijfelachtig of de beschreven patiënten de boodschap ondersteunen. Immers behalve een stenoplastiek werd tevens resectie uitgevoerd en het heilzame effect van de stenoplastiek staat dus niet vast. Ook scharen wij ons niet zonder meer achter de profylactische stenoplastiek zoals door de schrijvers wordt gesteld, en wij vragen ons in dit verband af welke objectieve gegevens ten grondslag liggen aan de suggestie dat door stenoplastiek de ontsteking zou afnemen. Wij reserveren stenoplastiek voor klinisch manifesterde stenosen in de dunne darm over een korte afstand bij 'uitgebluste' ziekte van Crohn en hebben op deze indicatie bij slechts 6 patiënten een stenoplastiek van de dunne darm uitgevoerd in de afgelopen vijf jaar. Een uitbreiding van de indicatie tot het verrichten van een stenoplastiek bij acute of subacute aandoeningen in de dunne darm of stenoserende in de dikke darm en het rectum lijkt ons niet aangewezen.

LITERATUUR

- 1 Lee ECG. In: Pena AS, Weterman IT, Booth CC, Strober W, eds. Recent advances in Crohn's disease. 's-Gravenhage: Martinus Nijhoff: 1981: 522-7.
- 2 Lee ECG, Papaionnou N. Minimal surgery for chronic obstruction in patients with extensive or universal Crohn's disease. *Ann R Coll Surg Engl* 1982; 64: 229-33.
- 3 Kendall GPN, Hawley PR, Nicholls RJ. Strictureplasty: A good operation for small bowel Crohn's disease? *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 312-6.
- 4 Fazio VW, Galandiuk S. Strictureplasty in diffuse Crohn's jejunoileitis. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 512-8.

H. G. GOOSZEN
I. T. WETERMAN

Leiden, oktober 1986

De collegae Gooszen en Weterman hebben de boodschap van onze klinische les goed begrepen. Er bestaat inderdaad een indicatie voor het verrichten van verwijdingsplastieken in actief ontstoken darmsegmenten, zelfs wanneer deze zich bevinden in het linker deel van het colon en in het proximale deel van het rectum. Wij onderschrijven de bewering dat deze stenosen zelden voorkomen. Met de huidige darmvoorbereidingsmethoden en de nieuwe ontwikkelingen daarin,¹ is het zeer goed mogelijk onder antibiotische profylaxe ingrepen te verrichten aan het rectum zonder een beschermende anus praeternaturalis aan te leggen. Voor de behandeling van stenosen in het distale een derde deel van het rectum geven wij eveneens de voorkeur aan dilatatie.

Dat de darmsparende stenoplastiek een aanwinst is voor de chirurgische behandeling van de ziekte van Crohn blijkt voldoende uit de door ons vermelde ziektegeschiedenissen. Op

basis van onze goede resultaten met krappe resecties van gestenoseerde darmsegmenten en het leggen van darmnaden in macroscopisch ontstoken darmwanden, hebben wij een plastiek toegepast voor de korte, actieve ontstekingsstenosen. Wij geven u in overweging de indicaties voor de stenoplastiek te verruimen mede gelet op de zeer goede resultaten die wij bij 7 patiënten hebben verkregen.

LITERATUUR

¹ Mourik JB van, Meijer S, Hoitsma HFW. Antegrade lavage tijdens operatie van afwijkingen in het linker deel van het colon. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 1322-4.

H. F. W. HOITSMA

Amsterdam, november 1986

S. MEIJER

S. G. M. MEUWISSEN

Mededelingen en bekendmakingen

Dr. F. Gerritzen-prijs 1986

De Stichting Dr. F. Gerritzen-prijs voor Diabetesonderzoek, welke ten doel heeft 'erkenning te verlenen aan nationale, wetenschappelijke activiteiten op het gebied van diabetes mellitus', verzoekt kandidaten voor te dragen voor de Dr. F. Gerritzen-prijs 1986. De prijs, een initiatief van Hoechst Holland N.V., is f 10.000,- groot en zal voor de tweede keer verleend worden aan een in Nederland werkzame, afgestudeerde jonge academicus. Kandidaatstellingen dienen door een derde partij te gebeuren, vergezeld van een curriculum vitae en

van relevante publikaties, alsmede van een korte argumentatie, alles in viervoud. Sluitingsdatum is 31 december 1986. De prijsuitreiking zal plaatsvinden tijdens de voorjaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Diabetesonderzoek, tijdens welke tevens de prijswinna(a)r(es) in principe een voordracht zal houden over zijn/haar werk. Het Stichtingsbestuur bestaat uit: dr. A. F. Casparie, prof. dr. H. Doorenbos, dr. F. M. Gerritzen, drs. W. van Rijn en dr. A. B. Steffens.

Inlichtingen verstrekt: secretariaat van de Stichting Dr. F. Gerritzenprijs voor Diabetesonderzoek, Postbus 12987, 1100 AZ Amsterdam; tel. 020-5908621.

Boekaankondigingen

B. Gerritsen en Y. Heerkens, *Anatomie in vivo van het bewegingsapparaat*. 248 bl., fig. Bunge, Utrecht 1986. Prijs: geb. f 95,-.

De 'ontleedkunde' van de levende mens is wezenlijk anders dan die van het dode lichaam. Wordt de kennis van de anatomie in het algemeen verkregen in de 'snijzaal' en uit boeken, de herkenning van anatomische structuren bij de levende mens berust op een combinatie van anatomische kennis en van zichtbare en tastbare indrukken die door de onderzoeker zijn verkregen. Herkenning van de anatomie in vivo, die voornamelijk het bewegingsapparaat betreft, is voor vele medici en paramedici van belang, het meest wel voor (orthopedische en plastische) chirurgen en voor fysiotherapeuten. Dit boek is daarbij een hulpmiddel. De illustraties, foto's en tekeningen in sober zwart-wit, zijn essentieel. Door de stijl van schrijven is dit boek bij uitstek geschikt voor studenten in de geneeskunde en fysische therapie. Aan hen kan deze 'atlas' dan ook in de eerste plaats worden aanbevolen, maar ook voor degenen die zich deze stof (weer) eigen willen maken, kan raadpleging van nut zijn.

A. J. P. M. OVERBEKE

Clinics in anaesthesiology. Vol. 4, nr. 3, juli 1986: Preparation for anaesthesia. Onder redactie van J. Stevens. 353 bl., fig., tabellen. W. B. Saunders, Londen 1986. Prijs: geb. £ 16,-.

Dit boekwerk kan ter lezing worden aanbevolen aan allen die bij de operatiepatiënt zijn betrokken. Door de verschuiving van klinische naar poliklinische operaties geldt dat zeker ook voor de huisarts. Het is teleurstellend ook in dit deel van de serie te moeten constateren dat de auteurs allen uit de Engelstalige delen der wereld en wel voornamelijk uit Engeland komen. Dit kan de schijn wekken dat er buiten Engeland en Noord-

Amerika geen bijdragen aan de ontwikkeling van de klinische anesthesiologie worden geleverd. Niets is echter minder waar; er kan zelfs gesteld worden dat bijdragen van buiten het Engelse taalgebied de kwaliteit van de serie nog aanzienlijk kunnen verbeteren. Het onderhavige deel geeft een goede beschrijving van de vele aspecten en factoren waarmee bij de voorbereiding van de patiënt op zijn operatie rekening moet worden gehouden. Hieruit kan wederom worden geconcludeerd dat een goede samenwerking tussen huisarts, operateurs en anesthesioloog noodzakelijk is om de patiënt optimaal voor te bereiden en de operatierisico's tot het minimum terug te brengen. Een speciale aanbeveling tot lezing kan worden gedaan van de hoofdstukken over psychologische overwegingen (hoofdstuk 3), geneesmiddeleninteracties (hoofdstuk 11) en operatie bij patiënten met respiratoire (hoofdstuk 14), cardiovasculaire (hoofdstuk 15) en nier- en leverafwijkingen (hoofdstuk 16 en 17). Het valt te verwachten dat ook dit deel voor velen van nut zal zijn.

L. H. D. J. BOOIJ

Verder na incest. Hulpverlening bij het verwerken van incestervaringen. Onder redactie van C. van Lichtenburcht, W. Bezeemer en W. Gianotten. 176 bl. Ambo, Baarn 1986. Prijs: ingen. f 25,-.

R. E. Belsey, D. M. Baer, B. E. Statland en D. L. Sewell, *The physician's office laboratory*. 332 bl., fig., tabellen. Medical Economics Books, Oradell, New Jersey 1986. Prijs: ingen. £ 33,05.

Genetic control of the susceptibility to bacterial infection. Onder redactie van D. E. Briles. (Current topics in microbiology and immunology, vol. 124.) 175 bl., fig., tabellen. Springer-Verlag, Berlijn 1986. Prijs: geb. DM. 126,-.