

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/21845>

Please be advised that this information was generated on 2020-09-25 and may be subject to change.

De overheid ontwikkelt programma's voor sociale zekerheid die speciaal zijn gericht op ouderen die geen zoon hebben. Daarmee hoopt men het verlangen van echtparen om ten minste één zoon te krijgen, te verminderen. De scheve geslachtsverhouding bij de geboorte helpt daarbij niet; de kans op ten minste één zoon bedraagt voor een echtpaar hooguit 0,684, hetgeen op zich niet tot vermindering van het aantal 'zoonloze' ouderen leidt.

Hetzelfde probleem van mannenoverschot speelt in India. In China en India samen woont 40% van de wereldbevolking. Het mannenoverschot draagt in ernstige mate bij aan de sociale en

culturele problemen die deze landen vanwege de politieke en economische omwentelingen doormaken. Inspanningen om de sociale en economische positie van vrouwen te verbeteren en hun de vrijheid van reproductieve keuze te geven, worden door dit demografische probleem doorkruist.

LITERATUUR

¹ Tuljapurkar S, Li N, Feldman MW. High sex ratios in China's future. *Science* 1995;267:874-6.

H.C. WALVOORT

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)

Dunne-darmtransplantatie en korte-darmsyndroom

In het artikel van Molenaar (1995;419-20) wordt voorgesteld om een prospectief onderzoek te verrichten naar dunne-darmtransplantatie als alternatief voor langdurige parenterale voeding. Het is spijtig dat er in hetzelfde nummer van het Tijdschrift geen artikel is opgenomen waarin de resultaten van langdurige parenterale voeding worden beschreven.

Door ons ziekenhuis wordt sinds 25 jaar parenterale voeding in de thuissituatie gegeven. Tot 1995 zijn 57 patiënten thuis met parenterale voeding behandeld; 27 van hen zijn overleden, 2 aan complicaties die direct samenhangen met de totale parenterale voeding en 1 aan een cerebrovasculair accident dat enkele dagen na een cathetersepsis optrad. Deze patiënt had een korte-darmsyndroom ten gevolge van een arteriële afsluiting bij een ernstige arteriosclerose. De andere patiënten overleden aan de primaire ziekte, zoals ernstige sclerodermie, amyloïdose en een traag groeiende, abdominaal gemetastaseerde tumor. Dit betekent een direct met de parenterale voeding samenhangend overlijdensrisico van 3,5%. Daarbij dient opgemerkt te worden dat een aanzienlijk deel van de door ons ziekenhuis begeleide patiënten al langer dan 5 jaar parenterale voeding krijgt, van wie 1 patiënt reeds 20 jaar. Geen van deze patiënten heeft ernstige leverfunctiestoornissen gekregen. De casuïstiek die hierover bestaat, lijkt voornamelijk betrekking te hebben op onjuiste samenstelling van de totale parenterale voeding of op een bijkomende ziekte.

Ten aanzien van de belasting die de parenterale voeding in de thuissituatie bij volwassenen veroorzaakt, is in 1994 door ons een onderzoek verricht.¹ Van de patiënten die toen parenterale voeding kregen, waren 5 van de 9 mannen en 11 van de 13 vrouwen nog (vrijwel) volledig in het arbeidsproces of in het huishouden actief.

Wanneer men deze resultaten afzet tegen de resultaten van dunne-darmtransplantatie in Pittsburgh (het centrum dat tot op heden de beste resultaten heeft gepubliceerd), waarbij de follow-up-duur slechts 24 maanden bedraagt en waarbij 22 van de 59 patiënten reeds overleden zijn, is het de vraag of er op dit moment bij volwassen patiënten een prospectief onderzoek moet worden verricht waarin de resultaten van dunne-darmtransplantaties vergeleken worden met die van langdurige parenterale voeding. Daarbij lijkt het risico van het ontstaan van een maligniteit na een dunne-darmtransplantatie aanzienlijk. Recentelijk is het dunne-darmtransplantatieprogramma in het genoemde centrum in Pittsburgh tijdelijk gestopt wegens het optreden van ernstige late complicaties. Bij kinderen zijn de belasting en het risico van parenterale voeding in de thuissituatie

groter, doch indien de patiënt deze fase overleeft, is de kans op adaptatie van de resterende dunne darm groter dan bij volwassenen.

Op grond van deze gegevens is het sterk de vraag of er nu reeds plaats is voor een vergelijkend onderzoek naar dunne-darmtransplantatie enerzijds en parenterale voeding in de thuissituatie anderzijds. Vooralsnog is de dunne-darmtransplantatie het experimentele stadium nog niet ontgroeid en lijkt deze alleen een alternatief indien parenterale voeding in de thuissituatie onoverkomelijke problemen oplevert. De parenterale voeding in de thuissituatie dient wel begeleid te worden door een team dat ervaring heeft met deze behandeling, zodat de frequentie van complicaties zo laag mogelijk kan worden gehouden.

In het artikel van Shanbhogue en Molenaar betreffende de metabole en chirurgische behandeling van het korte-darmsyndroom (1995;434-8) staan enkele stellingen die niet met de klinische praktijk overeenkomen. Naar de mening van de auteurs is 'leverdysfunctie' de frequentste doodsoorzaak. Dit geldt zeker niet voor de situatie in Nederland: hier is cathetersepsis de frequentste doodsoorzaak.

Daarnaast wordt gesteld dat in de eerste weken na de dunne-darmresectie zeer grote hoeveelheden vocht (6-8 l/dag) worden toegediend. Dit is onjuist. De stelling berust waarschijnlijk op het idee dat ongeveer 6 l vocht het colon bereikt en dat een patiënt, omdat het colon nog niet geadapteerd is, 6-8 l diarree zal hebben. Dit is niet het geval. Het colon adapteert zeer snel en kan tot 5 l vocht opnemen. In de beginfase na de resectie van de dunne darm heeft een patiënt wel diarree, doch het volume is 1 à 2 l. Er kan volstaan worden met parenterale toediening van 2 à 3 l vocht. Grote hoeveelheden vocht dienen te worden toegediend bij een 'high output'-jejunostoma. Hierbij zijn het colon en ileum niet functioneel, maar kan het jejunum nog volledig aanwezig zijn. Men spreekt dan niet van een korte-darmsyndroom. In deze situatie kan volstaan worden met toediening van vocht, elektrolyten en soms spoorelementen.

Het is een zeer persoonlijke mening van de auteurs dat 50% van de niet-proteïne-calorieën gegeven dient te worden als vet. Wij en vele andere centra in de wereld geven 25-30% vet. Dit is een arbitraire keus.

Men moet inderdaad lipiden-emulsies niet alleen geven om essentiële vetzuren toe te dienen, maar ook als caloriebron. Het lijkt voldoende om 25% van de calorieën als vet toe te dienen. Verhoging van dit percentage maakt de voeding aanzienlijk duurder.

De bewering dat orale voeding de patiënt gedurende enkele weken onthouden dient te worden 'ter voorkoming van verdere

verhoging van de maagsapproduktie' is onjuist. De produktie van maagzuur kan effectief bestreden worden met de moderne zuurremmende medicijnen. Orale voeding (al dan niet elementair; wij starten zelden met elementaire voeding) kan gestart worden indien de lichamelijke toestand dit toelaat; in het bijzonder indien de anastomose niet bedreigd wordt en er geen maagretentie bestaat. Wel dient begonnen te worden met een lactosevrije, vetarme voeding die in kleine hoeveelheden toegediend wordt en in een frequentie van 6-8 keer per dag.

Een belangrijk aspect dat in het genoemde artikel onvoldoende aandacht krijgt, is dat per nutriënt de mate van maldigestie en malabsorptie verschilt. Dit heeft belangrijke consequenties voor de kans op het ontstaan van deficiënties en de samenstelling van de (parenterale) voeding. Ook de biologische halfwaardetijd van de diverse nutriënten verschilt sterk en ook dit bepaalt het tijdstip waarop deficiënties zouden kunnen optreden.

LITERATUUR

- ¹Naber AHJ, Verbreecken P, Straver-Kramer MT. Parenterale voeding in de thuiszorg. In: Stasse-Wolthuis M, Binsbergen JJ van, redacteuren. Voeding in de thuiszorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994:56-70.

A.H.J.NABER

Nijmegen, april 1995

In mijn commentaar stel ik niet zonder meer voor om een prospectief onderzoek te verrichten naar de mogelijkheid van een dunne-darmtransplantatie als alternatief voor langdurige parenterale voeding. Ik stel voor om de toegang tot dit onderzoek te beperken tot patiënten die bewust kiezen voor dunne-darmtransplantatie ondanks de hierna te verwachten complicaties, omdat zij hieraan de voorkeur geven boven parenterale voeding, waarvan de complicaties zowel somatisch als psychosociaal hun leven beheersen. Precies dus zoals collega Naber dit zelf ook voorstelt. Nadrukkelijk stel ik dat dunne-darmtransplantatie in een experimenteel stadium verkeert en dat kinderen aan deze behandeling vooralsnog zeker niet moeten worden blootgesteld.

Cathetersepsis, catheterobstructie en het uitgeput zijn van de toegang van het veneuze systeem van de patiënt – zo schrijven wij – zijn de belangrijkste problemen bij totale parenterale voeding. Leverdysfunctie kan echter in de loop van deze behandeling wel degelijk ontstaan en vormt dan een ernstig probleem.

Het ligt voor de hand dat de behandeling van zo een gecompliceerd ziektebeeld als het korte-darmsyndroom op onderdelen per centrum verschilt, maar over de hoofdlijnen is er gelukkig consensus, hetgeen ook blijkt uit het gewaardeerde commentaar van Naber.

J.C.MOLENAAR

Rotterdam, mei 1995

Mededelingen en bekendmakingen

Nieuwe voorzitter van de hoofdredactie van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde per 1 januari 1996

Het bestuur van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde deelt mede dat in de Algemene Vergadering van 20 mei jl. prof.dr.J.van Gijn, neuroloog te Utrecht, is benoemd tot voorzitter van de hoofdredactie met ingang van 1 januari 1996. Hij volgt prof.dr.A.J.Dunning op, die deze functie vanaf 1 januari 1983 heeft bekleed en die op 1 januari 1996 de pensioengerechtigde leeftijd bereikt.

Winklermedaille van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie

In 1995 zal het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, op de laatste vergadering van het jaar, de Winklermedaille kunnen uitreiken. Overeenkomstig de statuten van de Winklermedaille komen voor deze medaille uitsluitend werken van Nederlanders op het gebied van de neurologische wetenschappen in aanmerking en wel voor zover deze verschenen zijn na 1 juli 1990.

Werken op het gebied van de anatomie, fysiologie of biologie kunnen alleen in aanmerking komen indien ze in nauw verband staan met de neurologische kliniek.

De commissie voor de Winklermedaille, bestaande uit: prof.dr.C.J.J.Avezaat, prof.dr.G.W.A.M.Padberg, dr.J.J.van der Sande, prof.dr.J.Stam, dr.Ch.J.Vecht en dr.A.A.W.Op de Coul (reservelid), zal het op prijs stellen aanwijzingen te ontvangen omtrent geschriften die geacht worden in aanmerking te komen voor beoordeling. Deze aanwijzingen en eventueel de desbetreffende publikaties dienen vóór 1 juli 1995 te worden ingediend bij de commissie van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie, Lomanlaan 103, Postbus 20050, 3502 LB Utrecht; tel. 030-823343.

Prof.dr.J.Goslings-prijs

Deze prijs is bedoeld voor medisch studenten, assistenten in opleiding tot specialist en wetenschappelijke onderzoekers, bij voorkeur jonger dan 35 jaar. De prijs wordt toegekend op grond van een verricht wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de reumatologie en bestaat uit een oorkonde en een bedrag van f 5000,-. De inzending kan bestaan uit een gepubliceerd artikel, dan wel uit een artikel dat voor publikatie in een wetenschappelijk tijdschrift is geaccepteerd. Ook is het mogelijk een proefschrift in te sturen. De inzendingen worden beoordeeld door het Concilium van de Nederlandse Vereniging van Reumatologen.

Inzendingen dienen in tienvoud en vergezeld van een curriculum vitae vóór 15 juli a.s. te worden toegezonden aan de secretaris van het Concilium van de Nederlandse Vereniging van Reumatologen: H.van der Tempel, Maaslandziekenhuis, Postbus 5500, 6130 MB Sittard.

Mededelingen Ziekenfondsraad

Onderzoek naar mondgezondheid en gebitsbewust gedrag. De Ziekenfondsraad heeft besloten om, samen met de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, een onderzoek naar de mondgezondheid en het gebitsbewust gedrag (tandartsbezoek, preventie) bij volwassenen te subsidiëren. Het gaat om een herhaling van een onderzoek uit 1983. De resultaten zullen de ontwikkeling tonen in de laatste twaalf jaar. Dit onderzoek is in het bijzonder van belang in het licht van de reductie in aanspraken op tandheelkundige hulp voor volwassenen in de ziekenfondsverzekering met ingang van 1 januari 1995. Het onderzoek wordt uitgevoerd door TNO/Preventie en Gezondheid.

Advies inzake de representativiteit van de Nederlandse Specialisten Federatie. De Ziekenfondsraad is van oordeel dat d