

(Uit de chirurgische kliniek der universiteit van Amsterdam.
Directeur: Prof. Dr. O. LANZ).

EENIGE GEVALLEN VAN APPENDEKTHLIPSIE,

DOOR

A. GEESINK, arts, inwonend assistent, Amsterdam.

Appendekthlipsie (afgeleid van het Grieksche $\epsilon\kappa\theta\lambda\iota\beta\omega$ = uitschakelen, wegdringen) beoogt het uitschakelen van de appendix. De processus vermiformis wordt op de afsplitsingsplaats hetzij doorgekneusd of doorgebrand, de stomp afgebonden en op de gewone wijze met een hechting volgens LEMBERT in veiligheid gebracht. Het distale gedeelte der appendix, los dus van het coecum, wordt, afgesloten door een arteriepincet, in de wond gebracht, het peritoneum doorlopend gesloten tot op de arterieklem, de spieren en fascie gereconstrueerd en de huid gehecht tot op de stomp.

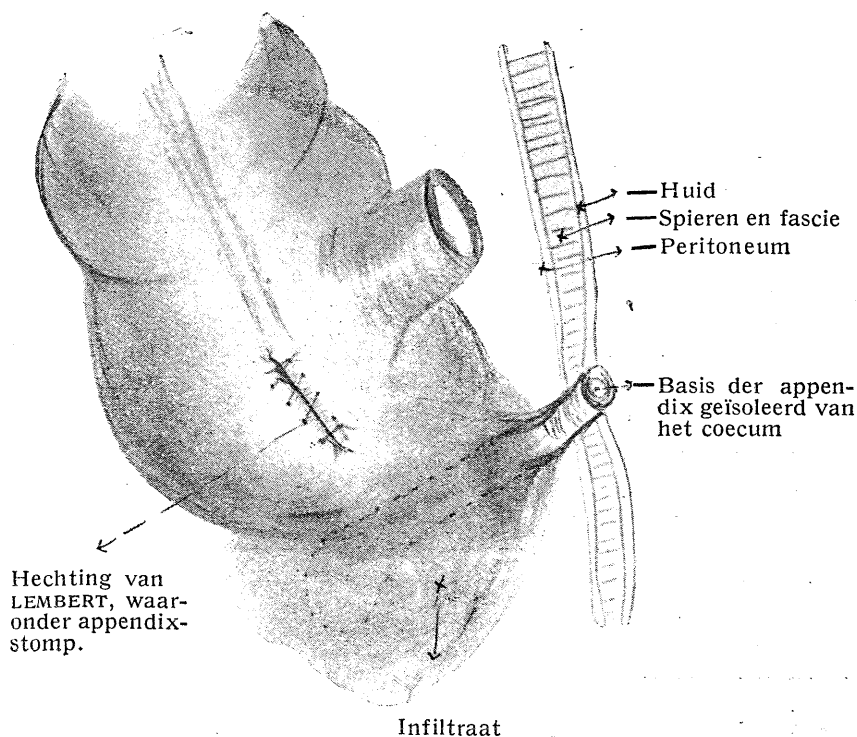


Fig. 1. Appendekthlipsie.

In zekere tegenstelling met de appendekthlipsie staat de appendicostomie (zie fig. 1 en 2). Is bij de eerste de open verbinding tusschen coecum en appendix opgeheven, bij de laatste is deze blijven bestaan. De appendicostomie beoogt een coecale fistel, waarbij afvloeiing naar buiten door de appendix bewerkstelligd wordt, of waarbij de mogelijkheid gegeven is den dikken darm van boven uit, dus dóór de appendix, te spoelen (bijv. bij colitis ulcerosa).

De appendekthlipsie, het uitschakelen der appendix, wordt natuurlijk slechts dan uitgevoerd, wanneer de processus vermiformis ontoegankelijk is, respectievelijk muurvast ingemetseld

in een infiltraat of te innig vergroeid met de omgeving door strengen en banden; dan is het niet raadzaam, met het oog op het levensgevaar, de appendectomie tot elken prijs uit te voeren.

Prof. LANZ, die het eerst de appendekthlipsie heeft uitgevoerd en beschreven (zie: *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1906, I, bldz. 588, *Centralblatt für Chirurgie*, 1924, n^o. 3) vermeldt 5 gevallen. Van deze 5 aldus geopereerde patiënten zijn er 4 glad genezen.

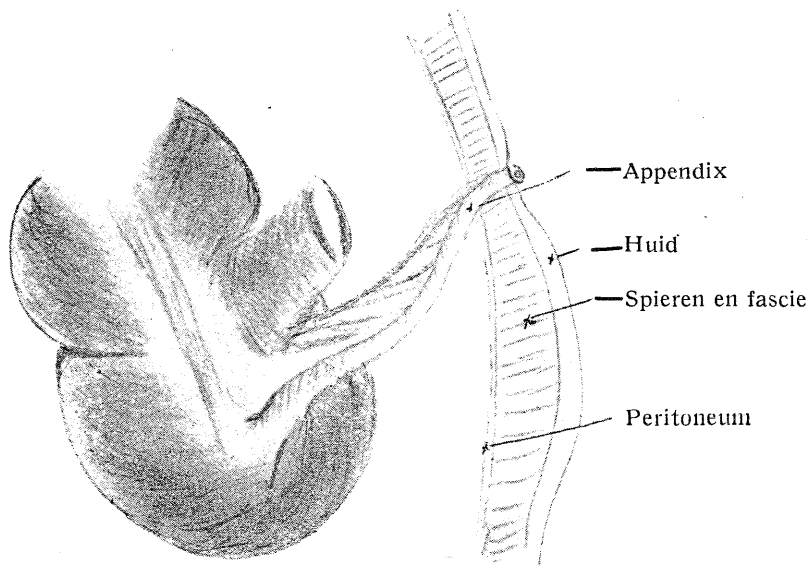


Fig. 2. Appendicostomie.

Eerste geval: Op den 5den dag wordt de arteriekleem verwijderd, 2 dagen hierna is de wond volkomen genezen, daar blijkbaar het ontstekingsproces het slijmvlies volkomen vernield had.

Tweede geval: Hierbij was men op den tweeden dag genoodzaakt, wegens koorts en pijn, de arteriekleem weg te nemen, een retentie vermoedende. Een slijmvlies ectropion was ontstaan en een 8 cm. lange slijmvlieskoker (overeenkomend in vorm met een gasgloeikousje) gevuld met etter kon in zijn geheel worden verwijderd.

Bij de andere drie patiënten sloot zich de fistel binnen een week en 14 dagen. Twee hiervan genazen volkomen, terwijl de 3de patiënt na verloop van een jaar wederom opgenomen werd. Patiënt klaagde in de laatste dagen over pijn ter plaatse van het litteken; hier was een knobbel ter grootte van een vingertop te voelen.

Onder plaatselijke gevoelloosheid werd een gezwel ter grootte van een duivenei verwijderd, dat een *volledige afgekapselde littekenmassa* bleek te zijn, in den vorm van een fibroom.

Men mag als algemeen geldenden chirurgischen stelregel aannemen, dat, wanneer zich in het lichaam een infectiehaard bevindt, deze òf in zijn geheel dient verwijderd, òf voor afvloed naar buiten dient gezorgd. Al is het eerste verre te verkiezen boven het tweede, zoo moet men toch, door de noodzakelijkheid daartoe gedwongen, de levenskansen van den patiënt in aanmerking nemende, zijn toevlucht nemen tot het bewandelen van den laatsten weg, waarbij de veiligheid gediend, de operatieduur bekort, de afvloed naar buiten bewerkstelligd wordt. Stuit men bij de operatie dus op een appendix verbakken, ingemetseld in een onuitwoelbaar infiltraat, of op een te innige vergroeiing met de omgeving door strengen en banden, dan is, mits de basis van den worm bereikbaar is, de appendekthlipsie *de* uit te voeren operatie.

Vooral in het eerste geval, n.l. bij het infiltraat, is het uitvoeren der appendectomie, het koste wat het wil, niet zonder gevaar. Immers de mogelijkheid is niet uitgesloten, dat een doorbraak van éen absces, door het loswoelen van het infiltraat, naar de vrije buikholte toe plaats vindt of dat de appendix scheurt; terwijl het gevaar van thrombosevorming, juist door het opereeren in een geïnfecteerd terrein niet zoo maar als iets denkbeeldigs mag worden opgevat.

Het verdere lot van den processus vermiformis wordt door de vaatverzorging beslist. Is deze *volstrekt ontoereikend*, dan ontstaan in de appendix haemorrhagische infarcten, die tot necrose leiden, de worm zal dan als een filament verwijderd kunnen worden. Dit zien wij voornamelijk gebeuren, wanneer de appendekthlipsie bij de appendicitis à froid wordt toegepast en vooral dan, wanneer de art. appendicularis, of de variatie het „randvat”, onderbonden is. Beter is het de necrose niet in de hand te werken, daar men van te voren niet weet wáár de necrose zal ontstaan; het is dus wel zaak bij de appendekthlipsie en inzonderheid, waar deze wordt uitgevoerd bij de appendicitis à froid, de art. appendicularis, het randvat of het mesenteriolum met de daarin loopende vaten te sparen.

Iets anders is het bij het infiltraat. Dit toch is een cellig fibrineus exsudaat, dat langzamerhand georganiseerd wordt door ingroeien van jonge bindweefselcellen van het veranderde peritoneum uit. Vaatsprietten groeien naar binnen, die tot een rijk net van hulpvaten leiden. Dit dus treffen wij aan bij het versche infiltraat, waar de appendix dus een rijke vaatverzorging van de ontstekingshulpvaten uit geniet.

Is het infiltraat wat ouder, dan vormen de jonge bindweefselcellen collagene vezels, waardoor retractie ontstaat. De vaten, die, naarmate de acute infectie is bestreden, aan functie gaan verliezen, worden afgesnoerd, waardoor hyalinisatie van het bindweefsel ontstaat. Naarmate dus het infiltraat georganiseerd is (hyaline en arm aan vaten wordt), zal de appendix door geleidelijk verminderende vaatvoeding (*betrekkelijke vaatinsufficiëntie*) „veröden”.

Al naar gelang dus de vaatvoorziening *volstrekt onvoldoende* is, ontstaat necrose; is zij daarentegen *betrekkelijk onvoldoende*, dan zal dit leiden tot ontaarding (necrobiose), wat tot een „Verödung” der appendix voeren zal.

Nemen wij tenslotte het empyeem in beschouwing: Het is een bekend ervaringsfeit, dat de appendix zelden in haar geheel doch meestal voor een deel ontstoken is. De kans op afvloed naar buiten is dus niet zoo groot, het ontstaan van een „cavité close” ligt dus meer voor de hand. Van buiten af zou men eventueel kunnen sondeeren, maar dit blijft een gevaarlijke proef, daar men gemakkelijk door het broze weefsel heensteekt; edoch, breekt het empyeem door, dan vindt dit om zich heen den beveiligenden wal van het infiltraat, dat door de operatie niet geschonden is.

Tijdens de operatie is eenigszins de afloop te voorzien, men heeft dezen ook min of meer in de hand. Immers: Klemt men bij de appendekthlipsie de vaten af (in casu de art. appendicularis, het randvat, of het mesenteriolum met de daarin loopende vaten),

dan heeft men, voornamelijk bij de appendicitis à froid, de meeste kans, door de *volstreckte vaatinsufficiëntie*, op necrose. Men zal dan enkele dagen na de operatie bij het afnemen van de arterieklem, de necrotisch geworden appendix hangende aan het arteriepinnet uit den buik kunnen verwijderen. Bij het appendiculaire infiltraat zal men meer, daar de inflammatoire hulpvaten tot een *betrekkelijke vaatinsufficiëntie* voeren, een „veröden” der appendix zien ontstaan. In dit opzicht stemmen juist overeen de beide gevallen van appendekthlipsie uitgevoerd in 1923 en 1924 en door mij waargenomen.

I. Patiënt A. 12 jaar, opgenomen 12 April, ontslagen 16 Mei 1923.

Anamnese: ongeveer 6 maanden geleden kreeg patiënt onder het spelen pijn rechts onder in den buik, was misselijk, braakte niet; de pijn straalde niet uit, bleef ter plaatse. Den volgenden dag was patiënt weer goed. Weldra kwamen de aanvallen terug, waren niet afhankelijk van voedselopneming, zwaar eten werd minder goed verdragen. Van lieverlede werden de aanvallen veelvuldiger en ernstiger van aard. Patiënt is gauw moe, heeft last van hoofdpijn, er bestaat obstipatie, de urine-loozing is ongestoord. Vroegere ziekten: mazelen. Familie-anamnese niets bijzonders.

Status generalis. Patiënt vertoont een matigen voedingstoestand, geen cyanose. De slijmvliezen zijn goed rood; patiënt neemt een actieve ligging te bed in. Hart en longen zijn normaal, de borstkas is goed gevormd, urine: geen afwijkingen.

Status localis: De buik heeft een normaal uiterlijk, is niet opgezet, er zijn geen verwijde vaten, geen abnormale verkleuringen, beweegt goed bij ademhaling. De huid is niet overgevoelig, er is geringe „dépense musculaire” rechts beneden. Druk op het punt van LANZ EN MAC. BURNEY is pijnlijk, het verschijnsel van TER HORN is negatief. Bij betasting is de annulus inguinalis rechts pijnlijk, bij aanspannen van den musc. psoas wordt de appendixstreek gevoeliger. Bij rectaal onderzoek zijn geen afwijkingen gevonden.

Operatie: Er wordt een chlooraethylaetherbedwelming gegeven. Gemaakt wordt een spiersparende gordelsnede in de bispinale lijn, het peritoneum wordt geopend, waarna men terstond op het coecum komt; dit wordt buiten den buik gebracht. De basis der appendix is vrij over een afstand van ongeveer 3 cM.. De processus vermiformis is door strengen innig vergroeid met de omgeving, die naar de lever loopen, de top is niet te bereiken. Getracht wordt retrograde de appendectomie uit te voeren; de basis wordt met de „Quetscher” behandeld, de stomp na afgebonden te zijn door een hechting volgens LEMBERT overhecht. De arterieklem aan de appendix wordt op haar plaats gelaten een cijfer-acht-toer van jodoformgaas wordt aangelegd hierop. Bij een poging tot de retrograde appendectomie *worden enkele vaten van het mesenteriolum onderbonden*. Daar de onmogelijkheid ingezien wordt de appendectomie uit te voeren, zonder gevaar van den worm af te scheuren, wordt overgegaan tot de appendekthlipsie. Het peritoneum wordt doorlopend gesloten tot op de arterieklem, de stomp der appendix wordt met peritoneum omhecht, de spieren gereconstrueerd, de huid gesloten tot op de stomp, een jodoformgaas wordt onder de arterieklem aangelegd en daarom een verband van wit gaas.

Op den vierden dag na de operatie wordt de arterieklem weggenomen, de geheel necrotisch geworden appendix, hangende aan het arteriepinnet, laat zich in haar geheel als een kokertje uit den buik verwijderen.

II. Patiënt B., 20 jaar; opgenomen 11 Juli, ontslagen 2 Augustus 1924.

Anamnese: 22 Juli kreeg patiënt een aanval van pijn rechts beneden in den buik; de pijn straalde niet uit, bleef ter plaatse; patiënt was misselijk, braakte.

Op 11 Juli wordt hij opgenomen, de pijn bestaat nog; hij heeft een „vol” gevoel, de eetlust is matig, hij heeft geen maagklachten, is nooit icterisch geweest. Vroegere ziekten: geen; familie-anamnese niets bijzonders.

Status generalis: Patiënt is een krachtig gebouwde man, in goeden voedings-toestand, bij kennis, hij ziet er ziek uit. Hart en longen vertoonen geen afwijkingen. De borstkas is normaal. De urine heeft geen afwijkingen.

Status localis. De buik is wat opgezet, vooral het onderste gedeelte, beweegt weinig mede met de ademhaling; er zijn geen verwijde vaten. Rechts bestaat er „*défense musculaire*”, zachte percussie is reeds pijnlijk, waarbij v.n.l. rechts over pijn wordt geklaagd. Trekken aan de zaadstreng (het verschijnsel van TER HORN) is zéér pijnlijk. Infiltraat is aantoonbaar. Het rectale onderzoek toont rechts een weerstand aan.

Aantal leucocyten: 14000. De diagnose werd hier gesteld op appendiculair infiltraat; patiënt wordt behandeld met ijsblaas, minimum diëet.

De temperatuur daalde na 8 dagen van 38.5° tot de normale.

Op 3 Augustus wordt patiënt ontslagen, de temperatuur is normaal gebleven; van het infiltraat is weinig meer aantoonbaar. Leucocyten: 11500.

Op 7 November wordt hij wederom opgenomen. Na zijn ontslag is geen aanval meer voorgekomen, ontlasting en urineloosing zijn ongestoord. Bij betasting is geen infiltraat meer waar te nemen, rectaal ook niet te voelen; de temperatuur is normaal.

Op 8 November wordt patiënt geopereerd in chlooraethyl-aetherbedwelming. Er wordt gemaakt een spiersparende gordelsnede in de bispinale lijn, en het peritoneum geopend. Het coecum komt voor den dag, is nog rood, en weinig beweeglijk. De basis der appendix is bereikbaar, het verdere gedeelte van den processus vermiformis is ingebakken in een infiltraat, dat zich bevindt rechts van de middellijn aan het achterste gedeelte van het peritoneum, zich voortzettend naar het kleine bekken. Besloten wordt tot het uitvoeren der appendekthlipsie. De basis wordt behandeld met den thermocauter, de stomp dubbel overhecht. De appendix, afgesloten door een arteriepincet, wordt in de wond gebracht, nadat een cijfer-acht-toer van jodoformgaas is gemaakt om de arterieklem, een slipje van jodoformgaas wordt ter plaatse gebracht. Het peritoneum wordt doorlopend gesloten tot de op arterieklem, de spieren gereconstrueerd, de huid gesloten tot op de stomp.

De temperatuur blijft normaal, er komen geen peritoneale prikkelingsverschijnselen; na verloop van 5-dagen wordt de arterieklem weggenomen, het slipje ingekort; den volgenden dag wordt dit verwijderd; er bestaat eenige afscheiding, welke na 3 dagen ophoudt, de appendixstomp blijkt zich sterk in de wond te hebben teruggetrokken. Patiënt wordt 31 November ontslagen, het litteken vertoont een kleine inzinking.

Beschouwen wij beide gevallen, dan blijkt, dat bij den eersten patiënt door de *volstreckte vaatinsufficiëntie*, de appendix necrotisch is geworden (immers bij de poging tot retrograde appendectomie waren daar enkele vaten van het mesenteriolum onderbonden). Bij den tweeden patiënt is er door de *betrekkelijke vaatinsufficiëntie* (waarbij de ontstekingshulpvaten uitgaande van het infiltraat de appendix wat de vaatvoorziening betreft, te hulp kwamen, tevens werd daar géén één vat onderbonden) een „Verödung” der appendix ontstaan.

Men diene dus, bij de appendekthlipsie en vooral waar het betreft een appendicitis à froid er voor te zorgen de vaten te sparen, ten einde de necrose te ontgaan, en de „Verödung” der appendix meer in de hand te werken.

De beide bovengenoemde gevallen van appendekthlipsie zijn de eenige, welke door mij als assistent gedurende vijf jaar werden medegemaakt. Wel een bewijs, hoe zelden de aanwijzing daartoe zich voordoet en men niet anders dan na zeer ernstige overwegingen tot die operatiemethode overgaat.

October 1925.