

Chronische intermitterende volvulus van de maag: lastig te stellen diagnose, eenvoudige behandeling

TH. J. M. V. VAN VROONHOVEN

Dames en Heren,

Het ziektebeeld dat ik vandaag met u wil bespreken, krijgt betrekkelijk weinig aandacht; ik doel hier op chronische volvulus van de maag. Het gaat bij deze aandoening niet altijd om een volvulus in de strikte betekenis van het woord – volvulus impliceert immers dat er naast draaiing tegelijkertijd obstructie plaatsvindt – maar het gaat om een torsie van de maag. De uitdrukking volvulus van de maag is echter zo ingeburgerd, dat wij er goed aan doen die te blijven gebruiken.

Onder normale omstandigheden ligt de maag verankerd in het ligamentum hepatogastricum, het ligamentum gastrocolicum en het ligamentum gastrosplenicum. Bovendien zijn de oesofagocardiale overgang ter hoogte van het diafragma, het verticale deel van het duodenum alsmede de A. gastrica sinistra, daar waar hij ontspringt uit de truncus coeliacus, duidelijk aanwijsbare fixatiepunten. Een maag kan dan ook slechts in beperkte mate draaien en wordt hij verplaatst, bijvoorbeeld tijdens een laparotomie, dan zal hij daarna spontaan weer zijn normale positie innemen. Soms kan de maag een pathologische torsie krijgen, echter alleen indien de eerder genoemde ligamenten, die de maag vasthouden, verslapt of uitgerekt zijn. Er worden twee vormen van maagtorsie onderscheiden:

- Bij de organo-axiale vorm draait de maag om zijn lengte-as, de as die de cardia en de pylorus verbindt. Deze draaiing is wel vergeleken met het uitwringen van een natte lap.
- Bij de mesenterio-axiale vorm draait de maag om een lijn die juist loodrecht staat op de eerder genoemde cardio-pylorische as. Overigens komen ook mengvormen voor.

Hoewel deze abnormale draaiingen van de maag ook zonder symptomen kunnen verlopen, bestaat er wel degelijk een groep patiënten bij wie de veelal vage klachten op chronische volvulus zijn terug te voeren. Deze patiënten hebben na correctie van de afwijking geen klachten meer. Ter illustratie hiervan volgen enkele ziektegeschiedenissen.

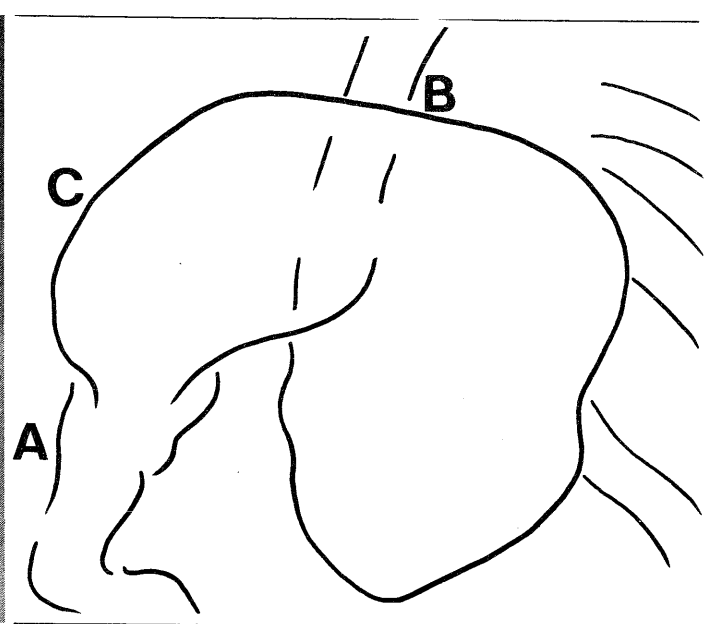
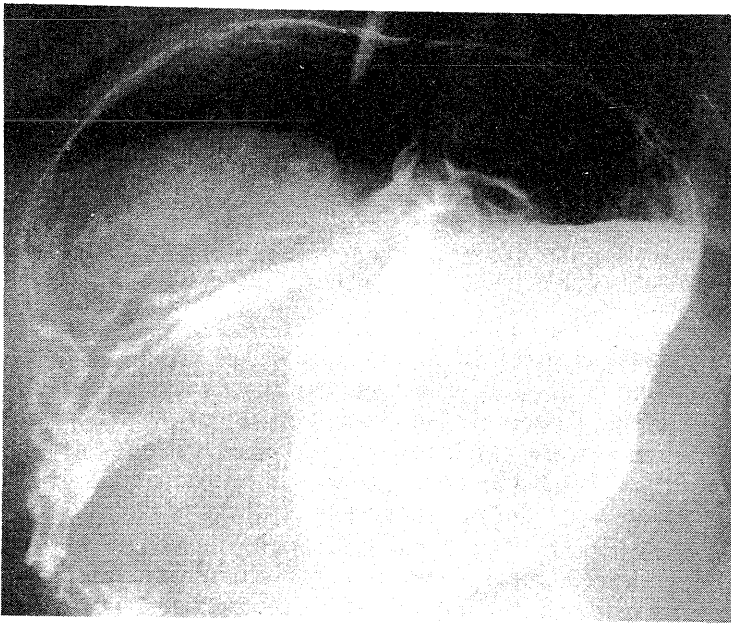
Patiënt A, een 47-jarige man, handelsreiziger van beroep, heeft al verschillende jaren last van hardnekkige pijn in de bovenbuik, die met vlagen komt; meestal één- tot tweemaal per maand. De pijn, die niet koliekachtig is en die soms naar de rug uitstraalt, begint vaak

overdag en heeft haar hoogtepunt 's nachts, maar verdwijnt ook weer spontaan. Soms moet patiënt erbij braken. Tussen de pijnaanvallen door voelt hij zich echter gezond, zijn eetlust is goed en er is geen gewichtsverlies. Bij lichamelijk onderzoek worden evenals bij oriënterend laboratoriumonderzoek geen afwijkingen gevonden. Echografisch onderzoek van de bovenbuik levert geen aanwijzingen voor galstenen; ook aan lever, pancreas en milt worden geen bijzonderheden waargenomen. Vervolgens wordt endoscopisch onderzoek van slokdarm en maag verricht, waarbij het opvalt dat de maag in een draaiing ligt, waardoor het distale gedeelte niet kan worden bereikt. Uit röntgenologisch onderzoek blijkt dat de verklaring daarvan een volvulus van de maag is, en wel een van het zogenaamde organo-axiale type (figuur 1).

Vooralsnog wordt van behandeling afgezien, omdat er enige twijfel bestaat of de klachten van de patiënt door deze röntgenologisch aangetoonde afwijking te verklaren zouden zijn. In de daarop volgende maanden echter blijkt patiënt er toch zoveel hinder van te ondervinden, dat hij zelf om behandeling verzoekt. Hij wordt naar de chirurg verwezen, die door middel van een mediane incisie laparotomie uitvoert, waarbij inderdaad een zeer mobiele maag wordt aangetroffen. Er wordt een zogenaamde gastropexie verricht. Zowel de grote curvatuur als het antrum van de maag wordt met hechtingen aan de voorste buikwand vastgezet. Na een ongestoord postoperatief beloop blijkt patiënt zeer tevreden te zijn. Zijn klachten zijn, ook nu meer dan drie jaar later, niet meer teruggekomen.

Patiënt B is een 41-jarige vorkheftruckchauffeur, die ik enige tijd geleden op verzoek van een cardioloog zag in verband met de vraag of er wellicht een vasculaire oorzaak van de klachten die patiënt in de bovenbuik had, zou kunnen bestaan. Die klachten bestaan al verscheidene jaren; het gaat hierbij om plotseling in de bovenbuik opkomende pijn die naar de borstkas trekt. Hierdoor is het regelmatig nodig dat patiënt zijn werk plotseling staakt. De pijn duurt meestal enkele uren en verdwijnt daarna weer spontaan; soms heeft hij eenmaal in de week klachten, dan weer enkele maanden niet.

In de periode waarin het consult plaatsvindt, is patiënt volledig zonder klachten. Hij heeft geen last van zuurbranden en evenmin van intolerantie voor voedsel. In de loop van de jaren is patiënt verschillende malen onderzocht zonder dat men een diagnose kon stellen. Langzamerhand is bij de behandelende medici de overtuiging



FIGUUR 1. Patiënt A. Volvulus van de maag van het organo-axiale type (A: duodenum; B: oesophagus; C: opgeslagen antrum en pylorus).

ontstaan dat zijn klachten van psychische aard zijn. De suggestie in die richting wordt door de patiënt en zijn echtgenote echter allerminst gewaardeerd.

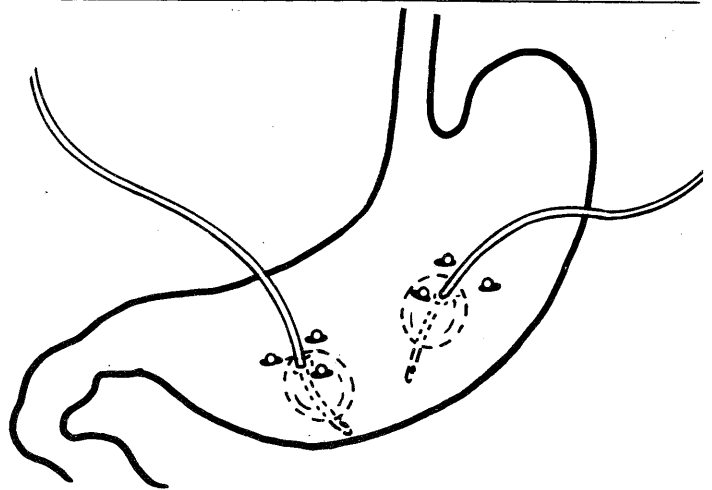
Toen ik hem op mijn spreekuur zag, vond ik bij lichamelijk onderzoek uiteraard, net als alle anderen voor mij, geen afwijkingen. Ik nam de moeite alle röntgenfoto's die in de loop van de jaren waren gemaakt, nog eens door te kijken. Tussen die indrukwekkende stapel röntgenfoto's vond ik een oude opname van de maag, waarop een volvulus te zien was, vrijwel identiek aan die van patiënt A (zie figuur 1). Indertijd was daaraan wellicht onvoldoende aandacht geschonken. Maar nu, enige jaren later en met de wetenschap dat er allerlei andere diagnoses waren verworpen, kwam het mij voor dat de klachten van patiënt zeer wel bij een chronische intermitterende maagvolvulus zouden kunnen passen. Ik vertelde hem dit en besprak de therapeutische mogelijkheid van gastropexie. Hij ging daar graag op in.

Inmiddels hadden wij ervaring opgedaan met het verrichten van gastropexie en gastrostomie langs percutane weg. Op die wijze zou deze patiënt een operatie bespaard kunnen worden. Onder een lichte narcose werd de maag op twee plaatsen aan de voorste buikwand gefixeerd met in totaal zes ankertjes. Midden tussen deze fixatiepunten werden twee tijdelijke gastrostomie-catheters aangebracht (figuur 2). Twee dagen na de ingreep verliet patiënt het ziekenhuis. Drie weken later werden de gastrostomie-catheters poliklinisch zonder problemen verwijderd. Patiënt is sinds de ingreep – nu bijna een jaar geleden – zonder klachten en zeer tevreden over de behandeling.

Een volvulus van de maag kan zich op twee manieren manifesteren. In de chronische intermitterende vorm, zoals bij de hierboven beschreven patiënten, en een in acute vorm. In dit laatste geval is er veelal een duidelijk en ernstig ziektebeeld, dat gekenmerkt wordt door hefti-

ge epigastrische pijn, gepaard gaand met braken, een opgezette buik met peritoneale prikkeling en door shock, die als gevolg van strangulatie van de maag, zich soms al in een vroeg stadium voordoet. Onmiddellijk chirurgisch ingrijpen is onder die omstandigheden noodzakelijk en zelfs dan is de sterfte hoog.

De symptomen van de chronische intermitterende vorm van volvulus van de maag – het ziektebeeld dat vandaag onze aandacht heeft – zijn daarentegen allerminst kenmerkend. Deze kunnen bestaan uit een vol gevoel in de bovenbuik, vage epigastrische pijnen al of niet uitstralend en uit een neiging tot opboeren. Soms is zuurbranden de klacht. De pijn komt meestal in aanvallen of in perioden en verdwijnt doorgaans zonder specifieke behandeling. De klachten worden nogal eens onderschat dan wel als psychisch bestempeld. De diagnose kan bij uitstek gesteld worden door de röntgenoloog. Contrast-onderzoek van de maag laat immers het typi-

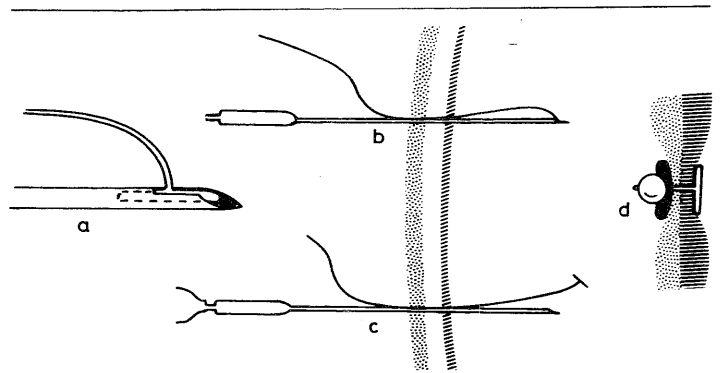


FIGUUR 2. Patiënt B. Dubbele (percutane) gastrostomie met tijdelijke gastrostomie.

sche beeld van een getordeerde maag zien. Hoewel de diagnose soms ook endoscopisch gesteld kan worden, zoals dat ook bij onze eerste patiënt het geval was, lukt dat zeker niet altijd. De oorzaak van dit mislukken ligt in het feit dat door het opblazen van de maag, zoals dat routinematig bij endoscopie gebeurt, de torsie kan verdwijnen en de maag weer zijn normale ligging aanneemt. Het is dáárom vooral goed ons dit te realiseren, omdat tegenwoordig endoscopisch onderzoek het röntgencontrast-onderzoek van de maag voor een groot deel als onderzoek van eerste keus bij maag- en bovenbuikklasten heeft verdrongen. Als de diagnose chronische intermitterende volvulus van de maag ernstig wordt overwogen, blijft röntgenonderzoek met een contrastmiddel dan ook de voorkeur genieten.

Wij hebben gezien dat er in de ziektegeschiedenissen van onze twee patiënten geen duidelijk predisponerende factor aan te wijzen was, die aanleiding zou kunnen geven tot het ontstaan van een maagvolvulus. We spreken in dat geval van een idiopathische vorm. Bij sommige patiënten echter bestaat wel zo'n predisponerende factor, bijvoorbeeld een grote para-oesofageale hernia, waarbij de negatieve druk in de thorax de maag als het ware in de hernia zuigt. Ook kunnen sommige volumineuze maagtumoren door hun massa de ligamenten van de maag uittrekken en zo een volvulus doen ontstaan.

Wanneer er geen predisponerende factoren zijn, zoals bij de besproken patiënten, bestaat behandeling van een chronische volvulus van de maag uit een vorm van gastropexie. Tot voor kort betekende dat een operatie van de bovenbuik, waarbij de maag aan de buikwand werd vastgezet. Door de ontwikkeling van een techniek, waarmee langs percutane weg een gastropexie kan worden uitgevoerd, is tegenwoordig een operatie niet nodig. Die techniek is de volgende: Na het inbrengen van een gastroscoop wordt de maag opgeblazen en tegen de voorste buikwand gedrukt. Op geleide van het door de buikwand heen schijnende licht van de gastroscoop, dat vooral in een enigszins verduisterde ruimte goed zichtbaar is, wordt de juiste plaats voor de punctie in het bovenste deel van de buik bepaald. Onder endoscopische controle worden buik en maagwand gepuncteerd (figuur 3) met een speciale naald met daarin een zogenaamd



FIGUUR 3. Percutane endoscopische gastropexie (a: punctie-naald met Dennison-ankertje; b: punctie van buik- en maagwand; c: met mandrijn wordt T-stukje uit de naald gestoten; d: na aantrekken van het T-stukje wordt de maagwand aan de buikwand gefixeerd).

Dennison-ankertje, dat later met behulp van een mandrijn uit de naald wordt geschoven, waarna het T-stukje in de maag achterblijft en bij aantrekken de maag tegen de voorste buikwand trekt. Het buiten de buik blijvende deel van het T-stukje wordt met behulp van een rubber schijfje en een samengeperst loodkorreltje op de huid vastgezet. Met drie of vier van deze hechtingen wordt de maag stevig aan de buikwand gefixeerd. Bij patiënt B werd een zestal van deze hechtingen aangebracht. Daartussen werden – ook langs percutane weg – nog twee gastrostomie-catheters ingebracht om de vergroeiing met de buikwand zo veel mogelijk te stimuleren.

Dames en Heren, ik heb u vandaag twee patiënten voorgesteld met klachten als gevolg van een chronische intermitterende volvulus van de maag.

Hoewel de afwijking betrekkelijk zelden voorkomt en allermint kenmerkende symptomen heeft, is het belangrijk in voorkomende gevallen aan deze diagnose te denken. Het is tegenwoordig mogelijk om bij deze patiënten op nauwelijks belastende wijze gastropexie te verrichten en hen daarmee van hun klachten af te helpen.

Aanvaard op 24 oktober 1988

Farmacotherapie

Bijwerkingen van geneesmiddelen: de causaliteitsbeoordeling

B. H. CH. STRICKER

Het begrip bijwerking kan gedefinieerd worden als ieder onbedoeld effect, veroorzaakt door het gebruik van een

geneesmiddel in *therapeutische dosering*. Op de begrippen onbedoeld effect en therapeutische dosering wordt hier niet nader ingegaan omdat deze meestal geen toelichting behoeven. Wel is het van belang om te benadrukken dat onbedoelde effecten niet altijd schadelijk en (of) ongewenst zijn.

Hoofdingspectie van de Volksgezondheid voor de Geneesmiddelen, Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen, Postbus 5406, 2280 HK Rijswijk. Dr. B. H. Ch. Stricker, inspecteur van de volksgezondheid.