



**UvA-DARE (Digital Academic Repository)**

**Barrett-oesofagus en Barrett-carcinoom: reply**

Kruijt, P.M.; van Sandick, J.W.; van Lanschot, J.J.B.; Offerhaus, G.J.A.; Tytgat, G.N.J.; Obertop, H.

*Published in:*  
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Kruijt, P. M., van Sandick, J. W., van Lanschot, J. J. B., Offerhaus, G. J. A., Tytgat, G. N. J., & Obertop, H. (1997). Barrett-oesofagus en Barrett-carcinoom: reply. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 1447.

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

den. Aangezien toediening hiervan echter gemakkelijk tot overdosering en ernstige complicaties (ritmestoornissen, convulsies en coma) kan leiden, zijn wel voorzorgsmaatregelen noodzakelijk. Toediening dient te geschieden op een intensive-careafdeling onder monitorbewaking en met de mogelijkheid tot beademing. Voor dit type intoxicaties geldt vaak het aloude adagium dat het middel erger kan zijn dan de kwaal en voorzichtigheid is dus geboden.

I. DE VRIES

Bilthoven, mei 1997

J. MEULENBELT,

Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum

Het advies van De Vries en Meulenbelt om de behandeling met fysostigmine te verrichten op een intensive-careafdeling ondersteunen wij; dit wordt ook in de literatuur beschreven.<sup>1,2</sup>

Voor hun advies om de tijdslimiet voor een maagspoeling te verkorten tot 6 uur vonden wij geen ondersteuning. Integendeel, verschillende auteurs bevelen een limiet van 48 uur aan. Daarbij moet worden aangetekend dat deze aanbevelingen gebaseerd lijken te zijn op consensus en niet op klinische onderzoeken.<sup>3,4</sup> Overigens is het opvallend dat klinisch onderzoek naar deze veelvoorkomende intoxicatie vrijwel geheel ontbreekt.

#### LITERATUUR

- 1 De Mas CR. Toxicologische Notfall: die Stechapfelintoxication unter dem Bild einer acuten Psychose. Intensiv Notfallbehandl 1994; 3:143-4.
- 2 Lipowski ZJ. Delirium. Acute confusional states. New York: Oxford University Press, 1990:229-35.
- 3 Vanderhoff BT, Mosser KH. Jimson weed toxicity: management of anticholinergic plant ingestion. Am Fam Physician 1992;46:526-30.
- 4 Hanna JP, Schmidley JW, Braselton jr WE. Datura delirium. Clin Neuropharmacol 1992;15:109-13.

P.F.M. KOEVOETS  
P.N. VAN HARTEN

Heerlen, juni 1997

### *Barrett-oesofagus en Barrett-carcinoom*

Het overzichtsartikel van Kruyt et al. (1997:869-73) spitst zich toe op het tijdig herkennen van het te verwachten adenocarcinoom. Curatie is misschien mogelijk in een vroeg stadium. Mijns inziens moet de slokdarmresectie bij voorkeur plaatshebben voordat het carcinoom ontstaan is.

Van de mensen bij wie de Barrett-afwijking wordt vastgesteld heeft 4,5 tot 20% retrosternale klachten. Deze symptomen moeten ook bestreden worden. De oorzaak van 'Barrett' is (duodeno)gastro-oesofageale reflux, mogelijk vooral veroorzaakt door een gestoorde functie van de onderste oesofagus-sfincter. De antirefluxoperatie (bijvoorbeeld volgens Nissen of Belsey) komt dan in aanmerking en mag niet afgewezen worden als een te invasieve behandeling met een te geringe succeskans.

Mijn conclusie is dat de Barrett-slokdarm een zo ernstige aandoening is dat de gastro-enteroloog en de chirurg van het begin af samen het beleid moeten bepalen. Een agressieve houding is geïndiceerd.

H.J.M. JOOSTEN

Wijchen, mei 1997

Wij danken collega Joosten voor zijn reactie, waarin hij wijst op het belang van het verrichten van een slokdarmresectie

voordat in een aanwezig Barrett-segment een adenocarcinoom ontstaat. De incidentie van het adenocarcinoom bij patiënten met een Barrett-oesofagus is echter (slechts) 1:200 per jaar.<sup>1</sup> Indien Barrett-metaplasie zonder dysplasie zou worden gehanteerd als indicatie voor operatieve resectie, zou deze ingrijpende procedure in de overgrote meerderheid der gevallen onnodig worden uitgevoerd. Om dit te voorkomen wordt slechts dan een 'profylactische' slokdarmresectie geadviseerd indien er sprake is van een door twee onafhankelijke pathologen bevestigde ernstige dysplasie bij een patiënt met een acceptabel operatiesico. Onder deze omstandigheden wordt de kans op het vinden van verborgen vroeg carcinoom geschat op 40%.

Een antirefluxoperatie leidt, evenals zuurremmende medicatie, niet of slechts in geringe mate tot regressie van het Barrett-slijmvlies.<sup>2,3</sup> Of na een succesvolle antirefluxingreep de kans op maligne ontarding in een Barrett-segment afneemt, is niet bekend. Op dit moment wordt vanuit het Verenigd Koninkrijk een internationaal, gerandomiseerd onderzoek gecoördineerd, waarbij in dit opzicht het effect van zuurremmende medicatie vergeleken wordt met dat van antirefluxchirurgie. Vooralsnog zijn er, naar onze mening, onvoldoende argumenten om een Barrett-oesofagus te beschouwen als indicatie voor antirefluxchirurgie.

#### LITERATUUR

- 1 Hameeteman W, Tytgat GNJ, Houthoff HJ, Tweel JG van den. Barrett's esophagus: development of dysplasia and adenocarcinoma. Gastroenterology 1989;96:1249-56.
- 2 Williamson WA, Ellis jr FH, Gibb SP, Shahian DM, Aretz HT. Effect of antireflux operation on Barrett's mucosa. Ann Thorac Surg 1990;49:537-42.
- 3 Sagar PM, Ackroyd R, Hosie KB, Patterson JE, Stoddard CJ, Kingsnorth AN. Regression and progression of Barrett's oesophagus after antireflux surgery. Br J Surg 1995;82:806-10.

PH.M. KRUYT

J.W. VAN SANDICK

J.J.B. VAN LANSCHOT

G.J.A. OFFERHAUS

G.N.J. TYTGAT

H. OBERTOP

Amsterdam, juni 1997

### *Een slaapstoornis komt vaak niet alleen*

Het artikel van De Weerd et al. (1997:561-5) is onlangs door ons in ons intervisiegroepje besproken.

Allereerst willen wij graag onze waardering uitspreken voor de uiteenzetting van de auteurs. Eén zin heeft in het bijzonder onze aandacht getrokken: 'Met een kleine dosis imipramine (25 mg vóór het slapen gaan), waarvan bekend is dat het de droomslaap vermindert . . .' Opvallend was dat dit ons, vier psychiaters, niet bekend was. Helaas ontbreekt de bronvermelding. Graag willen wij een nadere onderbouwing zien van de bewering dat 25 mg imipramine de droomslaap vermindert.

Afgezien van de klinische relevantie bij narcolepsie zou een dergelijk medicatieregime wellicht gebruikt kunnen worden voor patiënten met nachtmerries. Te denken valt aan nachtelijke herbelevingen bij een posttraumatisch stresssyndroom, waardoor bij de betreffende patiënten angst ontstaat om te gaan slapen.

W.M.H. DE RUIJTER

L. BOLT

R. GROENHUYZEN

R. RAVELLI

Zutphen, april 1997