

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/2066/22159>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Gezien de verwachte langdurige overleving van deze patiënten is in onze kliniek de voorkeur gegeven aan mechanische klep-prothesen. Tevens wordt hierdoor het gevaar van een recidief van een carcinoïde klepaandoening vermeden. Dankzij het gebruik van somatostatine-analoog kunnen deze patiënten veilig geopereerd worden zonder peri- en postoperatieve hemodynamische problemen. Klepvervanging moet overwogen worden in een vroeg stadium, voordat rechter-hartfalen irreversibel is geworden. De patiënt moet een operatie niet onthouden worden alleen op basis van incurabele gemetastaseerde ziekte.

A.F.Verhagen en L.K.Lacquet (Nijmegen), *Het beloop bij multiple primaire metachrone longcarcinomen*

Van 1970 tot 1990 ondergingen 1287 patiënten een resectie wegens primair longcarcinoom, waarbij in 40 gevallen (3,1%) sprake was van een tweede primair metachroon longcarcinoom. Bij 2 patiënten ontwikkelde zich een derde primair longcarcinoom. Het gemiddelde interval tussen de behandeling van het eerste en het tweede carcinoom was 5 jaar en 11 maanden. Het was langer voor 21 patiënten met een contralaterale tweede lokalisatie (7 jaar) dan voor 19 patiënten met een ipsilaterale lokalisatie (4 jaar). Het interval was onafhankelijk van een histologisch zelfde versus histologisch verschillend tweede carcinoom. Bij 7 patiënten werd het tweede carcinoom behandeld door middel van chemo- en (of) radiotherapie, 33 patiënten ondergingen chirurgie. De ziekenhuissterfte bedroeg 5/33 (15,2%). De 3- en 5-jaarsoverleving van de geopereerde patiënten was 33 en 18%; voor 25 patiënten met tweede carcinomen stadium I en II waren deze percentages 42 en 27; alle 8 patiënten met tweede carcinomen stadium III overleden binnen 14 maanden. De overleving werd gunstig beïnvloed door een verschillende histologie van beide carcinomen, een interval van meer dan 3 jaar, een bilaterale lokalisatie en een tweede carcinoom stadium I en II.

Wij concluderen dat een nauwgezette follow-up, inclusief een thoraxfoto, van geopereerde longkankerpatiënten noodzakelijk is. Wanneer zich een tweede primair longcarcinoom voordoet, zijn een goede klinische stadiëring en agressieve chirurgische benadering van stadium I en II tweede carcinomen geïndiceerd.

R.B.Hokken, A.J.J.C.Bogers, S.E.C.Spitaels, J.Hess en E.Bos (Rotterdam), *Resultaten van implantatie van allotransplantaat in de pulmonalispositie na correctie voor pulmonalisstenose*

Een aantal patiënten die een transannulaire patch hebben gekregen voor behandeling van een pulmonalisstenose krijgt klachten als gevolg van pulmonalisinsufficiëntie en rechter-ventrikeldilatatie. Hiervoor werden 27 patiënten geopereerd (dyspnoe bij 19, ritmestoornissen bij 5 en beide klachten bij 3 patiënten). Een gecryopreserveerd pulmonalis-allotransplantaat werd geïmplanteerd in het uitstroomgebied van de rechter ventrikel. Het interval tussen de intracardiale correctie (transannulaire patch) en de allograft-implantatie was gemiddeld 15,6 (uitersten: 3,3-42,2) jaar. De gemiddelde leeftijd ten tijde van de allograftimplantatie was 23,0 (0,1-30,3) jaar.

Twee patiënten overleden na de operatie (7%): één patiënt overleed 3 dagen postoperatief als gevolg van cerebrale hypoxemie na een insult, de andere overleed thuis (plotselinge dood) 15 dagen postoperatief (geen obductie toegestaan). Morbiditeit betrof 4 patiënten: een subduraal hematoom, een post-pericardiotomiesyndroom en herhaalde ventrikeltachycardie hadden geen nadelige gevolgen. Eén patiënt had direct postoperatief een resterende pulmonalisstenose op de distale naad

en werd 21 maanden later gereopereerd waarbij een nieuw pulmonalis-allograft werd geïmplanteerd. Op de middellange termijn (gemiddelde follow-up van 18 maanden) hadden alle patiënten met dyspnoe als operatie-indicatie minder of geen klachten, behalve 1 patiënt met rechter- en linker-ventrikeldysfunctie. Slechts 2 van de 8 patiënten met ritmestoornissen verbeterden klinisch.

Postoperatieve echocardiografie liet een vermindering zien van de pulmonalisinsufficiëntie bij alle patiënten. Rechter-ventrikeldilatatie verminderde bij slechts 14 patiënten (52%).

Wij concluderen dat pulmonalisinsufficiëntie, ontstaan na het gebruik van een transannulaire patch, behandeld kan worden met implantatie van een gecryopreserveerd pulmonalis-allograft, met een acceptabele sterfte en morbiditeit. Klinische verbetering is het gevolg van reductie van de rechter-ventrikel-(volume)belasting en niet van vermindering van rechter-ventrikeldilatatie. Het is controversieel of operatie gerechtvaardigd is met ritmestoornissen als enige indicatie.

T.Willems, A.J.J.C.Bogers, A.H.Cromme-Dijkhuis, R.B.Hokken, E.Steyerberg, S.E.C.Spitaels, L.A.van Herwerden, J.Hess en E.Bos (Rotterdam), *Resultaten van rechtszijdige implantatie van humane donorklep ter behandeling van congenitale hartafwijking of vervanging van een pulmonalis-autotransplantaat*

Sinds 1986 worden in ons centrum humane donorkleppen in rechtszijdige positie geïmplanteerd. De indicaties hiervoor zijn behandeling van congenitale hartafwijking of vervanging van een pulmonalis-autotransplantaat voor aortawortelvervanging. Gedurende onze follow-up-studie wordt de functie van de geïmplanteerde donorklep bekeken. De 3-jaarskansschatting volgens Kaplan-Meier met 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) van kans op een (klepgerelateerde) gebeurtenis voor humane donorkleppen werd berekend.

Tot op heden zijn 173 humane (54 aorta- en 119 pulmonalis)-donorkleppen bij 163 patiënten geïmplanteerd. Deze patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 14,5 jaar (uitersten: 5 weken-54 jaar). De preoperatieve diagnose voor donorklepimplantatie was truncus arteriosus (n = 20; 12%), transpositie van de grote vaten met ventrikelseptumdefect (VSD) + pulmonalis-atresie (PA) of -stenose (PS) (n = 16; 9%), PA met VSD (n = 25; 14%), PA of PS met intact septum (n = 7; 4%), tetralogie van Fallot (n = 41; 24%), gecorrigeerde transpositie met PA of PS (n = 9; 6%), tricuspidalis-atresie (n = 9; 5%), aortaklepafwijkingen (waarvoor Ross-ingreep nodig was) (n = 42; 24%) en overige (n = 4; 2%). De ziekenhuissterfte was 4,9% (8/163). Negen patiënten ondergingen 10 heroperaties met vervanging van de donorklep door een nieuwe donorklep (3-jaarsoverleving: 8,5%; 95%-BI: 4-16). De totale late sterfte was 6,1% (n = 7). De ziekenhuissterfte was bij deze geopereerde patiënten 0%. Gedurende de follow-up traden 19 klepgerelateerde gebeurtenissen op, waarmee de 3-jaarsoverleving van de klep op 17% kwam (95%-BI: 11-26); 15 kleppen faalden structureel, 3 niet-structureel en 1 maal trad endocarditis op die medicamenteus werd behandeld. Het implanteren van een pulmonalis- of aorta-donorklep en de leeftijd tijdens operatie lieten geen statistisch significant verschil zien in relatie tot klepgerelateerde gebeurtenissen (log-ranktest).

Onze conclusie luidt dat de donorklepimplantatie in rechtszijdige positie bij patiënten met congenitale hartafwijkingen een adequate chirurgische therapie is.

B.Stolk, M.G.Hazekamp, B.J.Gesink-van der Veer en W.A. Helbing (Leiden), *Eerste ervaringen met NO ter bestrijding van postoperatieve pulmonale hypertensie na kindhartchirurgie*