

## 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/2066/23269>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

## 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)

### *Trombo-embolische complicaties van centraal-veneuze katheters*

Met interesse lazen wij de klinische les van Manten et al. (1996;1797-800), waarin zij adviseren om patiënten met een centraal-veneuze katheter profylactisch een antistollingsbehandeling te geven.

Patiënten met colorectale tumoren die palliatief met continue infusie van fluorouracil worden behandeld via een subcutaan geïmplanteerde centraal-veneuze katheter (Port-A-Cath) krijgen bij ons niet profylactisch antistollingsmiddelen. In de afgelopen jaren zagen wij bij 97 patiënten met meer dan 200 patiëntjaren een Port-A-Cath-systeem in situ 12 keer een veneuze trombose. Bij 5 patiënten met trombose werd een dislocatie van de tip van de katheter gezien, bij deze patiënten werd de trombose voorafgegaan door een periode met pijnklachten van de schouder of de nek. Bij deze patiënten werd de katheter op grond van de dislocatie vervangen. Bij 7 patiënten met veneuze trombose bij wie de Port-A-Cath niet was gedislodeerd, kwamen deze pijnklachten niet voor. Zij werden behandeld met heparine en direct daarna met acenocoumarol, waarna de Port-A-Cath goed functioneerde en in situ werd gelaten. Bij 16 patiënten met pijnklachten in nek of schouder zagen wij een dislocatie van de kathetertip in een thoraxwandvene zonder veneuze trombose. Bij deze patiënten werd de katheter vervangen. Dislocatie van de kathetertip geeft een klinisch beeld van pijn in nek of schouder dat doet denken aan veneuze trombose. Deze dislocatie geeft tevens een verhoogde kans op veneuze trombose op basis van mechanische endotheelschade of, zoals bij onze groep patiënten, door een lokale hoge concentratie fluorouracil.

Bij patiënten met een subcutaan geïmplanteerde centraal-veneuze katheter hoeft ook bij langdurig gebruik daarvan naar ons oordeel geen profylactische antistollingsmedicatie te worden gegeven, terwijl bij bewezen veneuze trombose en een goede positie van de kathetertip men met behandeling met heparine en acenocoumarol kan volstaan. Bij pijn in nek- of schoudertraject moet worden gedacht aan dislocatie van de katheter, dit is een indicatie voor verwijdering ervan, gezien de verhoogde kans op het optreden van complicaties. Onze ervaring is dat wanneer de tip van de centraal-veneuze katheter hoog in de V. cava superior is gelegen, deze complicatie kan optreden. Bij geen van onze patiënten bij wie geen verdere palliatieve chemotherapie werd gegeven en bij wie de Port-A-Cath in situ bleef, zagen wij trombose; verwijdering van de Port-A-Cath gebeurt daarom alleen op indicatie.

F.A.L.M.ESKENS  
C.J.A.PUNT  
C.A.H.H.V.M.VERHAGEN

Nijmegen, september 1996

Gaarne willen wij collega's Eskens et al. danken voor hun reactie. De cumulatieve incidentie van klinisch manifeste met de katheter samenhangende trombose in de door hen beschreven patiëntengroep bedraagt 12,5%. Op grond van de literatuur mag worden gesteld dat dit aantal veel hoger uit zou vallen indien er systematisch met afbeeldende technieken naar zou zijn gezocht. De vraag is welke waarde men aan de aanwezigheid van deze, in eerste instantie asymptomatische, katheter-gebonden trombose moet toekennen. In onze les hebben wij gepro-

beerd aan te geven dat de morbiditeit aanzienlijk kan zijn en er zelfs sterfte uit kan voortkomen.

De aanwezigheid voor langere tijd van een centraal-veneuze katheter mag worden aangemerkt als een risico voor trombose op grond van de gegevens in de literatuur alsmede de bevindingen van Eskens et al. Derhalve zou men kunnen overwegen om een profylactische, laag gedoseerde antistollingsbehandeling in te stellen, zoals dat ook gebeurt bij patiënten met een bekend klinisch risico voor diep-veneuze trombose van de benen. Een goed opgezet onderzoek in een patiëntengroep vergelijkbaar met die van Eskens et al. toonde een aanzienlijke reductie van het aantal symptomatische en asymptomatische met de katheter samenhangende trombosen door profylaxe met lage doses cumarinen.<sup>1</sup> Dit vormde de basis voor ons advies deze patiënten profylactische antistollingsmedicatie te geven.

Het advies om de katheter bij trombose te verwijderen, vloeit voort uit de kennis over de pathogenese. Het verwijderen van de katheter bij een aangetoonde veneuze trombose kan echter op onoverkomelijke bezwaren stuiten wanneer deze de enige goede toegang tot de bloedbaan vormt. Indien de patiënten met trombose in de groep van Eskens et al. geen verdere palliatieve chemotherapie meer hadden gekregen, zou men wellicht wel de katheter hebben verwijderd.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Bern MM, Lokich JJ, Wallach SR, Bothe jr A, Benotti PN, Arkin CF, et al. Very low doses of warfarin can prevent thrombosis in central venous catheters. A randomized prospective trial. *Ann Intern Med* 1990;112:423-8.

A.MANTEN  
R.G.J.WESTENDORP  
F.J.M.VAN DER MEER  
M.V.HUISMAN

Leiden, oktober 1996

### *De plaats van de schildwachtklierbiopsie in de behandeling van patiënten met mammacarcinoom*

In zijn commentaar (1996;2223-5) bij ons artikel (1996;2235-9) beschrijft Van de Velde de stand van zaken op het zich snel ontwikkelende terrein van schildwachtklieronderzoek bij mammacarcinoom en wijst hij de weg voor de toekomst. Op een tweetal punten zijn wij echter een andere mening toegedaan en op een derde punt geven wij gaarne een nadere toelichting.

Van de Velde meent dat het bezwaarlijk is om de waarde van het schildwachtklierconcept niet tijdens de operatie te toetsen, maar daarna, zoals onze benadering was. Wij achten dit juist het sterke punt van onze onderzoeksofzet. Eerst dient namelijk de juistheid van de theorie bevestigd te worden, voordat patiënten aan de nieuwe operatie mogen worden onderworpen. Nu de juistheid van de hypothese is aangetoond, kan in een volgende fase worden onderzocht of de betrokken lymfklier in een voldoende percentage van de patiënten kan worden gevonden met een eenvoudige chirurgische techniek.

'Skip'-metastasering is metastasering naar een hoger niveau van de oksel, waarbij lager gelegen lymfklieren worden overgeslagen. Bij de schildwachtklieroperatie wordt de lymfklier verwijderd waar de tumor rechtstreeks op draineert, onafhankelijk van het niveau waarop deze klier zich bevindt. Het is dus onjuist te veronderstellen dat een schildwachtklier over het hoofd kan wor-