

# INGEZONDEN

*Ter bevordering van spoedige plaatsing van de stukken, behoudt de Redactie zich het recht voor, deze zo nodig te bekorten.*



## DE EINDRESULTATEN VAN DE OSTEOSYNTHESE VAN DE MEDIALE DIJBEENHALSBREUK VOLGENS SMITH-PETERSEN-JOHANSSON

In het artikel van OOSTERHUIS<sup>1</sup> komt duidelijk tot uitdrukking, dat bij de behandeling van de mediale collumfractuur de slechte resultaten niet meer het gevolg zijn van technische fouten, doch dat binnen zekere grenzen het eindresultaat zelfs na een juiste behandeling, reeds op het tijdstip van het ongeval vaststaat. De mate van verscheuring van de voedende vaten, die in het visceraal blad van het gewrichtskapsel lopen, bepaalt, of er al dan niet partiële, casu quo totale kopnecrose zal ontstaan. Dat een necrotische kop na een ideale osteosynthese met behulp van de vaten uit de hals kan worden opgebouwd, is wel zeker, doch dit proces vergt tijd.

Door ondervinding wijzer geworden ben ik er dan ook toe gekomen het tijdstip der belasting naar steeds later datum te verschuiven. Ik geloof met OOSTERHUIS dat het noodzakelijk is patiënten, die met een grote dislocatie binnenkomen, 6-9 maanden niet te laten lopen.

Aan de andere kant hebben wij geen enkele objectieve maatstaf om de bloedvoorziening van het proximale breukstuk te bepalen. Zelfs bij zeer grote dislocaties bestaat de mogelijkheid, dat het binnenblad met de vaten van de achterkant van de hals loslaat. WASSINK heeft hierop reeds in 1919 gewezen. Het behoud van de eventueel gespaarde bloedvoorziening is daarom een gebiedende eis. Prae-operatieve rekverbandbehandeling gedurende 2-14 dagen met of zonder voorafgaande repositie doet mijns inziens de laatste vaatjes, die wellicht bij het ongeval gespaard zijn gebleven, onherroepelijk doorscheuren. Daarom lijkt mij dit volkomen onjuist.

Ik ben er de laatste jaren dan ook toe gekomen de behandeling van de mediale collumfractuur als een spoedoperatie te beschouwen. Na onmiddellijke repositie volgens LEADBETTER wordt er onder plaatselijke verdoving geopereerd. Bij het inhameren gebruik ik een weinig trilene. Als de omstandigheden het toelaten, ligt de patiënt ongeveer 3 uur na het ongeval geopereerd in bed. Door deze behandeling hebben wij de patiënt veel pijn bespaard en de mogelijkheid geschapen, dat de wellicht nog bestaande bloedvoorziening gespaard blijft.

*Literatuur:* <sup>1</sup>K. OOSTERHUIS (1952) *N. T. v. G.* 96, 2683.

Heerenveen, 31 October 1952

A. H. SMOOK

Collega OOSTERHUIS<sup>1</sup> heeft in zo'n helder betoog een (of de?) oorzaak van niet minder dan 40 pCt onvoldoende genezing bij de osteosynthese van de zozeer belangrijke mediale dijhsalsbreuk beschreven, dat ik met schroom op aansporing van anderen, de pen opneem. Om bij de conclusie te beginnen: bij 40 pCt der getroffenenen zouden wij, om zo te zeggen, weer moeten terugkeren tot de opvatting dat het dijbeen een genezingsperiode van 6 à 9 maanden nodig heeft, alvorens men het weer mag belasten; met de nodige revalidatie er bij betekent dit 10 à 12 maanden invaliditeit.

Indien ik het goed zie, toont het onderzoek, dat men bij een mediale halsfractuur met grove dislocatie, de keuze heeft tussen een pseudarthrose zonder necrose en een consolidatie na goede repositie en pennen. In het laatste geval ontstaat dan bij vroege belasting necrose, althans degeneratie van de femurkop. Bij pseudarthrose wordt de femurkop niet belast en ontstaat er dus geen necrose. Dit klopt met klinisch, röntgenologisch en microscopisch onderzoek. De oorzaak van de gevoeligheid voor belasting zou dan liggen in de aanvankelijke, doch beslissende, ischaemie.

De praktische conclusie van collega OOSTERHUIS is, dat wij in 40 pCt der gevallen, eigenlijk weer moeten terugkeren tot de dagen van 40 jaar geleden. REMIJNSE<sup>2</sup> eiste nog in 1937 voor een uitgezocht aantal gevallen van collumfractuur, een conservatieve behandeling. Het duurde dan misschien langer, maar „de patiënt heeft recht op een voldoende genezingsstijd”. Dit moge zo zijn, maar dan zullen 40 pCt van de collumfracturen, volgens OOSTERHUIS, ook een jaar nodig hebben, revalidatie meegerekend, om te herstellen.

Om hieraan tegemoet te komen, vestig ik de aandacht op een andere werkwijze, namelijk het volgens de regelen der kunst verwijderen van de femurkop en het in de plaats brengen van een acryl-plastic prothese.

Juist in deze nauwkeurig uitgezochte gevallen is het mogelijk de incisie van HUETER te gebruiken. 14 Dagen na de operatie kan de patiënt reeds met de benen buiten bed bungelen en deze kunnen langzamerhand steeds meer worden belast. Verouderde gevallen geven veel meer moeite bij operatie en herstel, ten gevolge van secundaire vergroeiingen.

Eén der vele hierbij opkomende vragen is deze, hoelang het acryl goed blijft. Volgens de oudste ervaring, die van JUDET, was het acryl na 5 à 6 jaar, technische fouten buitengesloten, nog goed gebleven. Voorlopig zullen wij dus zeker de oudere mensen hiervoor in aanmerking laten komen,

1e. in verband met de nog problematische levensduur van het acryl.

2e. omdat hun zware werk in het algemeen is afgelopen of spoedig zal aflopen.

Dit neemt niet weg, dat bij jongeren het aanvankelijk resultaat juist, ook in gevallen van pseudarthrosis colli, schitterend kan zijn. Zo is een zeer actieve, jonge gymnastiekleraar door collega KOOLSBERGEN en mij geopereerd, weer volledig aan de arbeid. Wij hopen lang genoeg te leven om het resultaat van deze krachtproef op den duur te zien. Een vraag is op het ogenblik nog of een metalen prothese de voorkeur verdient boven de acryl-harsprothese met centrale metaal-versterking.

Wij hebben, vroeger voornamelijk, vele mensen met pseudarthrosis colli behandeld met de osteotomie volgens PUTTI-MCMURRAY, en met uitstekend resultaat, indien de kop goed in de kom bewegelijk was. Anders blijft de bewegingsbeperking hinderlijk voor de revalidatie.

Echter in alle gevallen ontstaat dan toch consolidatie en het blijkt, hoewel deze operatie onder andere berust op een belasting van de kop, door de eronder geplaatste schacht, dat er geen necrose ontstaat. Dit klopt met de zienswijze van OOSTERHUIS. Het zijn steeds verouderde gevallen geweest, waarbij de femurkop dus lang onbelast is geweest, lang genoeg tijd heeft gehad om de circulatie te laten herstellen. Ook komt hiermede overeen, dat een voorstel van MCMURRAY om ook verse gevallen zo te behandelen geen ingang heeft gevonden.

Een tweede conclusie te trekken uit het onderzoek van OOSTERHUIS is dat men een collumfractuur niet alleen voorzichtig moet behandelen ter vermijding van verdere vaatverscheuring, maar dat men in alle gevallen, ook traumatisering door grove pennen en hamerslagen en grove (on-)heiligymnastiek moet vermijden. Het stijl inbrengen van de pen volgens WELMERLING zal de adaequate belastbaarheid ten goede komen. Men moet niet vergeten, dat niet het been door de pen wordt vastgehouden, maar de kleine, losliggende, van spieren ontblote femurkop.

Het onderzoek van OOSTERHUIS en moderne technieken betekenen weer een stap vooruit, maar het pseudarthrose-vraagstuk is in het algemeen nog verre van opgelost.

*Literatuur:* <sup>1</sup>K. OOSTERHUIS (1952) *N.T.v.G.* 96, 2683. <sup>1</sup>*N.T.v.G.* 1937, 81, 3232.

Utrecht, 11 November 1952

E. H. LA CHAPELLE

Het verheugt mij zeer, dat collega SMOOK ook de vroege belasting van een mediale collumfractuur, behandeld volgens SMITH-PETERSEN-JOHANSSON, heeft verlaten. Alleen kan ik zijn bezwaren tegen een prae-operatieve rekverbandbehandeling niet delen, aangezien het onheil, wat betreft de vaatvoorziening van het proximale fractuurstuk meestal heeft plaats gevonden voordat de patiënt in het ziekenhuis arriveert, doordat patiënt zelf de heup reeds vaak heeft belast.

De reactie van collega LA CHAPELLE op bovengenoemd artikel is mij eigenlijk uit het hart gegrepen.

Wat betreft de behandeling van een pseudarthrose van de heup met een prothese van de kop ben ik niet tot oordelen bevoegd wegens gebrek aan ervaring en heb deze daarom niet als therapie durven vermelden. Indien blijkt, dat deze prothese ook na tien tot twintig jaar door het lichaam wordt verdragen, verdient behandeling met een prothese van de mediale collumfractuur met grote dislocatie tussen de fractuurstukken de voorkeur boven behandeling volgens SMITH-PETERSEN-JOHANSSON, hoewel deze beslissing van geval tot geval moet worden beoordeeld.

Met de tweede conclusie kan ik mij eveneens geheel verenigen; ik pas de techniek van WELMERLING reeds enige jaren toe.

's-Gravenhage, 21 November 1952

K. OOSTERHUIS

#### TWEE DIKKE-DARMLIJDERS

Collega HULST<sup>1</sup> stelt de grens van het policlinische onderzoek wel vroeg, als hij meent, dat een ontlastingsonderzoek op bloed bij een patiënt met collapsneigingen (hij moge dan 82 SAHLI hebben) niet meer daar onder valt. Als hij dat wel zou doen, zou hij, evenmin als ieder