

handelend geneesheer als getuige-deskundige kan meebrengen. Trouwens de raad van beroep mag een verzet niet ongegrond verklaren zonder inlichtingen in te winnen en partijen in de gelegenheid te stellen in de raadkamer te worden gehoord. Ook daarheen kan de behandelende geneesheer zijn patiënt desgewenst vergezellen. Uiteraard zullen dergelijke gevallen zich slechts bij zeer hoge uitzondering voordoen.

Men ziet hoeveel haken en ogen een zo simpele vraag kan vertonen, wanneer men die werkelijk „uitputtend” wil beantwoorden.

## INGEZONDEN

### OORZAAK EN BEHANDELING VAN ARTHROSIS DEFORMANS

Met belangstelling heb ik het antwoord op de vraag Nr. 27 (1969) naar het ontstaan van arthrosis deformans gelezen. Toch lijkt me enige aanvulling gewenst, en wel om de volgende redenen:

1. Het frequente voorkomen van de aandoening, vaak ook op jonge leeftijd, rechtvaardigt een wat uitgebreider antwoord.

2. Het is nog te weinig bekend dat het, wanneer men op de hoogte is van de oorzaken van arthrosis deformans, in een aantal gevallen mogelijk is om door preventieve maatregelen het ontstaan van de secundaire vorm van arthrosis te voorkomen of uit te stellen.

3. Behalve de genoemde conservatieve behandelingswijzen zijn er al jaren lang een aantal chirurgische ingrepen beschikbaar die, mits verricht op juiste indicatie, goede resultaten geven.

Ad 1. Wat de frequentie van arthrosis deformans betreft, volgen hier enige cijfers. DANIELSSON (1960) vond in Malmö bij een aselechte groep van 3900 mensen ouder dan 40 jaar, bij 2,8 pct een primaire vorm van coxartrose. MURRAY (1965) vond een frequentie van 2 pct bij een groep van 2000 mensen ouder dan 20 jaar. Ik vond bij een onderzoek in de provincie Groningen in 6,4 pct een coxartrose (primaire en secundaire vorm) bij een aselechte groep van 1500 mensen ouder dan 20 jaar. In de groep van 20-60 jaar bedroeg dit percentage 3,4. MOHING (1966) vond op een totaal van 6979 patiënten met arthrosis deformans bij 60 pct een spondylartrose, bij 26,7 pct een gonartrose en bij 7,34 pct een coxartrose. WATERMANN (1955) vermeldt op een totaal van 8894 patiënten bij 40 pct een spondylartrose, bij 33 pct een gonartrose en bij 12 pct een coxartrose.

Uit bovenstaande cijfers blijkt dat arthrosis van wervelkolom, knieën en heupgewrichten zeer frequent voorkomt.

De secundaire vormen van artrose, welke dus veroorzaakt worden door een congenitale of verworven aandoening van een of meer gewrichten, veroorzaakt over het algemeen klachten tussen het dertigste en vijftigste levensjaar. Gezien het grote aantal patiënten en het feit dat de aandoening de patiënt veelal arbeidsongeschikt maakt, vormt arthrosis deformans behalve een medisch ook een sociaal probleem.

Ad 2. Van patiënten met coxartrose die geneeskundige hulp inroepen, blijkt 60 pct te behoren tot de groep met de secundaire vorm. Als preëxistente aandoening zijn van belang: congenitale dysplasie en subluxatie van het heupgewricht, morbus Perthes, epiphyseolysis capitis femoris, posttraumatische kopnecrose e.d.

Bij de wervelkolom is het ontstaan van arthrosis deformans meestal terug te voeren op het bestaan van aanlegstoornissen, morbus Scheuermann en discusdegeneratie. Als preëxistente

aandoeningen van het kniegewricht zijn o.m. van belang: meniscuslaesies, dysplasie van het patello-femorale gewricht, osteochondritis dissecans, genua vara, genua valga en post-traumatische resttoestanden.

Het blijkt dus, dat de oorzaak van de secundaire vorm van artrose in het algemeen gelegen is in een gestoorde mechanica van het gewricht. Het is beslist een andere aandoening dan reumatoïde arthritis; deze laatste gaat uit van de synovia, terwijl bij arthrosis de aandoening primair in het kraakbeen zetelt. Ik zou belangstellenden dan ook willen adviseren, behalve een reumatologisch tevens een orthopedisch leerboek te raadplegen. Het is van belang, en dit geldt vooral voor aandoeningen van heup- en kniegewricht, dat preëxistente afwijkingen vroegtijdig ontdekt en behandeld worden. Een goed voorbeeld hiervan is de congenitale dysplasie van het heupgewricht, waarbij door betrekkelijk eenvoudige maatregelen de afwijking kan worden gecorrigeerd.

Ad 3. Inderdaad zal een laag lichaamsgewicht een gunstige invloed hebben op de klachten, omdat de artrotische gewrichten minder belast worden. Ultra-korte-golf-bestraaling heeft het voordeel dat het in elk geval geen kwaad kan; de patiënt voelt zich vaak subjectief goed bij alle vormen van warmte-therapie. Massage en oefen therapie kunnen nuttig zijn in bepaalde gevallen, maar moeten dan met kennis van zaken toegepast worden. Medicijnen kunnen, evenmin als bovengenoemde therapieën, het artrotische proces wezenlijk beïnvloeden, maar analgetica kunnen nuttig zijn om een pijnlijke periode door te komen. Het is aangehouden, dat intra-articulaire hydrocortison-injecties bij arthrosis deformans evenveel effect hebben als injecties met fysiologisch zout (MILLER, WHITE en NORTON, 1958). Bij het niet betrachten van strikte steriliteit bij de injectie kan door verminderde lokale weerstand gemakkelijk een ontsteking ontstaan; ook is kraakbeen-necrose beschreven na intra-articulair toedienen van hydrocortison.

M.i. behoren tot de belangrijkste conservatieve maatregelen: voor de spondylartrose een stevig orthopedisch corset ter ontlasting van de wervelkolom. Voor de coxartrose en gonartrose is van belang beperking van het lopen, lopen met een stok, en gedoseerd onbelast oefenen, eventueel in combinatie met een ultra-korte-golf-kuur en tijdelijk toediening van analgetica.

Röntgenbestraling als behandeling van arthrosis deformans wordt nog veelvuldig toegepast. Dit kan een schadelijke uitwerking hebben omdat door de optredende fibrosering van de gewrichtskapsel en de verminderde produktie van het synoviaal vocht de reeds bestaande stijfheid bevordert wordt.

In het antwoord is geheel voorbij gegaan aan de chirurgische mogelijkheden. Toch kunnen hiermee goede resultaten worden bereikt, vooral bij de jongere actieve groep met veel pijn. Ik noem hier de spondylodese bij gevallen met gelokaliseerde spondylartrose. Bij de coxartrose is de intertrochantere verschuivingsosteotomie mogelijk, die in 80 pct der gevallen een goed resultaat geeft. Deze operatie geeft de beste resultaten wanneer ze in een vroeg stadium van de aandoening wordt verricht, d.w.z. bij een nog goede beweeglijkheid (NISSEN 1966). Verder zijn mogelijk een artrodese en de verschillende artroplastieken, waarbij vooral de totaalprothese van het heupgewricht momenteel in het centrum van de belangstelling staat.

Bij een gonartrose is soms een osteotomie van het proximale deel van de tibia geïndiceerd; verder behoren tot de mogelijkheden een nettoyage van het gewricht, forage subchondraal en in voorkomende gevallen een artrodese.

Gezien leeftijd en daarmee samenhangende afwijkingen.

in de algemene toestand, zullen een aantal patiënten niet voor operatieve therapie in aanmerking komen, maar anderen kunnen door deze ingrepen voor lange tijd, of blijvend, van hun klachten worden bevrijd.

*Literatuur:* DANIELSSON, L. G. (1960) *Clin. Orthop.* **45**, 67. — DETMAR, S. J. (1968) Proefschrift Groningen. — MILLER, J. H., J. WHITE en TH. H. NORTON (1958) *J. Bone Jt Surg.* **40B**, 636. — MOHING, W. (1966) *Die Arthrosis Deformans des Kniegelenkes*. Springer Verlag. — MURRAY, R. O. (1965) *Brit. J. Radiol.* **38**, 810. — NISSEN, K. I. (1966) *S.I.C.O.T.*, 170. — Vraag Nr. 27 (1969) *Ned. T. Geneesk.* **113**, 988. — WATERMANN, H. (1955) *Hefte Unfallheilk.* **48**, 81.

Leeuwarden, 12 juni 1969

S. J. DETMAR

Uit de aanhef van de beantwoording op de vraag naar „oorzaken van arthrosis” blijkt dat het niet mogelijk is om in het kader van de rubriek „vraag en antwoord” een volledig en ieder bevredigend antwoord te geven op een vraag die in feite het gehele ziektebeeld arthrosis deformans, inclusief de behandeling, betrof. Dit vereist bv. een overzichtsartikel, waarnaar ook werd verwezen.

Naar aanleiding van de opmerkingen van collega DETMAR nog een, uiteraard wederom summier en onvolledige, reactie:

Arthrosis deformans wordt, behalve door de huisarts, door verschillende specialisten gezien, zoals de internist, de chirurg, de reumatoloog, de orthopeed, de neuroloog, de radio- loog en de revalidatie-arts. Dit duidt er reeds op dat de behandeling van deze aandoening vaak in gemeenschappelijk overleg zal (moeten) plaatsvinden. Het betekent ook dat men in de „leerboeken” van de bovengenoemde specialisten verhandelingen over arthrosis deformans kan vinden die elkaar veelal aanvullen en elkaar hier en daar ook tegen spreken.

„Dat reumatoïde arthritis beslist een andere aandoening is dan arthrosis deformans” is algemeen bekend en behoeft geen nader commentaar, behalve wellicht dat tengevolge van reumatoïde arthritis vaak secundaire arthrosis van de aangetaste gewrichten wordt veroorzaakt.

Intra-articulaire injecties met corticosteroiden worden, ook in ons land, zeer veelvuldig toegepast bij de „gedecompenseerde” arthrosis deformans — waarbij dus ook duidelijke irritatie van de gewrichtskapsel bestaat — met redelijk tot goed resultaat en nagenoeg zonder complicaties wanneer de injectie „lege artis” wordt uitgevoerd. Vergelijkende onderzoeken met bv. fysiologisch-zoutoplossingen, novocaïne e.d. hebben duidelijk aangetoond dat corticosteroiden hier veel beter werkzaam zijn.

Over de praktische mogelijkheden van chirurgische behandeling van arthrosis deformans kan men van mening verschillen. Zonder twijfel zijn er thans reeds indicaties voor chirurgisch ingrijpen, o.a. bij bepaalde gevallen van coxarthrosis deformans. In de toekomst zal ongetwijfeld de artroplastiek en het inbrengen van geheel nieuwe gewrichten steeds meer de aandacht gaan vragen.

De reactie van collega DETMAR doet tenslotte de wens opkomen dat van verschillende zijden, maar wél in „teamverband” (bv. door orthopeed, reumatoloog en revalidatie-arts), de verschillende aspecten van arthrosis deformans en de behandeling daarvan (eventueel aan de hand van één ziektebeeld, bv. de coxarthrosis deformans) in dit *Tijdschrift* besproken zouden worden.

## BOEKAANKONDIGINGEN

J. M. A. MUNNICHES, *Ouder worden en bejaard zijn*. Sociaal-gerontologische opstellen. 68 bl. Dekker & Van de Vegt N.V., Nijmegen, Utrecht 1969. Prijs: ingen. f 3,50.

Dit boekje is niet speciaal bestemd voor artsen en het streeft niet naar volledigheid. Juist hierdoor is het een zeer lezenswaardig geheel geworden. Een inleidend hoofdstuk met enige demografische gegevens behandelt de problemen rondom het verzorgingshuis: de lange wachttijden, de criteria tot plaatsing en de moeilijkheden bij de overgang van de vrije maatschappij naar het bejaardentehuis. Vervolgens komt de problematiek van inwoning bij kinderen aan de orde. Bijzonder goed is het hoofdstuk over bejaarde echt- paren; het heeft de pakkende titel: Gehuwde bejaarden worden vaak nieuwe vrienden. De vereenzaming en de hulp die de maatschappij daarbij moet bieden, worden in het volgende hoofdstuk besproken. De laatste hoofdstukken gaan over de voorbereiding op het pensioen, vooroordelen tegen oudere werknemers en het tweede-generatieconflict, d.w.z. niet het conflict tussen ouders en kinderen in de puberteit, maar tussen oudere en jongere volwassenen, een conflict dat wij tegenwoordig in de politiek voortdurend meemaken. Tenslotte bespreekt de schrijver het bejaardenvraagstuk in de toekomst, en de grote organisatorische problemen die hiermee samenhangen, zowel op departementaal niveau als in het uitvoerende vlak.

Kortom: het boekje stimuleert tot nadenken en tot uitgebreide studie en is ook voor artsen zeer de moeite waard.

J. TH. R. SCHREUDER

*Clinical diagnosis by laboratory methods*. 14e druk. Onder redactie van I. DAVIDSOHN en J. B. HENRY. 1308 bl., vele fig. W. B. Saunders Company, Philadelphia, Londen, Toronto 1969. Prijs: geb. £ 10 4 sh. 0 d.

De eerste druk van „Todd and Stanford” verscheen in 1908. Het boek groeide mee met het specialisme dat in de Angelsaksische landen met „clinical pathology” wordt aangeduid; het omvat nu — evenals het genoemde specialisme — de klinische chemie, de morfologische hematologie, de immunohematologie, het stollings- en bloedgroepen-onderzoek, het onderzoek met isotopen, de bacteriologie, mycologie en virologie alsmede de epidemiologie van ziekenhuisinfecties, het onderzoek van protozoën en andere parasieten, de serologie en nog een vrij groot aantal onderwerpen meer.

De vele auteurs is blijkbaar ruime vrijheid gelaten bij het bewerken van hun onderwerpen. Een van de gevolgen lijkt, dat de beschrijving van technieken, de bespreking van het nut van verkregen laboratoriumresultaten voor de beoordeling van patiënten en de beschrijving van klinische ziektebeelden in bijna ieder hoofdstuk anders, en in ieder geval weinig systematisch, zijn samengevoegd en verwerkt.

Overigens bevat dit boek een overvloed van gegevens. Recente aanwinsten zijn verwerkt en de illustraties zijn over het geheel genomen van goede kwaliteit.

Als leidraad voor laboratoriumwerkers uit verschillende disciplines is dit werk te onvolledig. Voor studenten biedt het te veel en is het te duur. Misschien kan het als lees- en prentenboek bij de haard voor sommige medici en misschien ook voor redacteuren van medische rubrieken in kranten en weekbladen een encyclopedische functie vervullen. Maar zo is eigenlijk gezegd dat deze opzet, en daarmee ook dit klassieke boek, door de tijd is achterhaald.

REDACTIE

C. L. H. MAJOR