

Het elastische compressieverband bij voorbeeld, is in Nederland ontraden door collega H. R. VAN DER MOLEN.

H. HAID (1969) rapporteert over zijn resultaten van metingen van door kous of diverse soorten verband uitgeoefende druk op een been. Hij komt tot de conclusie dat de werkzaamheid van het verbandmateriaal des te groter is, naarmate de elasticiteit geringer is. Dit stemt overeen met onze bevindingen. Een nader onderzoek hierover is bij ons in bewerking.

Ook het moderne werk op dit gebied van PEACOCK en VAN WINKLE (1970) waarin een hoofdstuk speciaal aan het ulcus cruris is gewijd, zou ik niet graag als richtsnoer voor de behandeling van het ulcus cruris willen gebruiken, omdat in dit boek de ambulante conservatieve behandeling wordt veronachtzaamd.

Voorts heb ik inderdaad gesteld dat de huisarts zelf deze conservatieve compressie-therapie kan uitvoeren, maar ik heb er ook op gewezen dat deze behandeling geleerd moet worden en veel oefening vereist. Hieruit volgt — en dat is ook mijn persoonlijke ervaring — dat de huisarts deze behandeling graag aan de dermatoloog overlaat, die in de meeste gevallen, na voldoende opleiding, over meer ervaring beschikt.

In enkele gevallen zal uitvoeriger pathofysiologisch onderzoek noodzakelijk zijn. Een dergelijk onderzoek is van groot belang voor de verdieping van het inzicht in de pathogenese van het ulcus cruris. Gezien de hoge kosten van de hiervoor benodigde apparatuur zal dit onderzoek wel tot enkele centra beperkt moeten blijven.

*Literatuur:* HAID, H. (1970) Messergebisse des Andrucks von Verbänden und Kompressionsstrümpfen verschiedener Materialien. *Ergebnisse der Angiologie*, Band 4, bl. 181. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart, New York. — MOLEN, H. R. VAN DER (1959) *Angiologie*. — PEACOCK, E. E. en W. VAN WINKLE (1970) *Surgery and wound repair*. Saunders Co., London, Philadelphia, Toronto.

Amsterdam, 20 september 1971 B. J. VAN DER MEER

## ENDOMETRIOSIS INTESTINALIS

Het artikel over endometriosis intestinalis heb ik met belangstelling gelezen. Collega VAN LENT (1971) komt daarin tot zeer belangrijke conclusies.

Hij schrijft daarin ook dat hormonale veranderingen een rol kunnen spelen bij het ontstaan van endometriosis intestinalis. Helaas vermeldt hij er niet bij, dat deze hormonale veranderingen op een eenvoudige manier aan te tonen zijn en wel door middel van een uitstrijkje uit het zijgewelf van de vagina.

Als gynaecologen gebruiken wij het vaginale uitstrijkje regelmatig als diagnosticum voor endometriosis ovarii of endometriosis interna. De criteria heb ik beschreven in: „Endometriosis interna” (1955) en in: „The vaginal smear pattern in cases of endometriosis” (1965).

Ik zelf laat nog dikwijls een kenmerkend uitstrijkje zien, gemaakt bij een vrouw met een blaas-endometriosis, bij wie wij de diagnose op een veel ingewikkelder manier hadden vastgesteld. Bij enkele patiënten, bij wie de chirurg tijdens de laparotomie de diagnose gesteld had en die hij aan mij had overgedragen ter verdere behandeling, vond ik eveneens zulk een uitstrijkje. Helaas heb ik de vermoedelijke diagnose endometriosis intestinalis nog niet vóór de operatie kunnen stellen.

Zolang nog niet eens alle gynaecologen blijk geven van hun waardering inzake een cytologisch onderzoek, wil ik het een chirurg helemaal niet kwalijk nemen, dat hij van de waarde van het cytologisch onderzoek niet overtuigd is.

Dit is dus geen vorm van kritiek. Ik meende echter op deze wijze een kleine aanvulling te kunnen geven op het uitstekende overzicht van collega VAN LENT.

*Literatuur:* LENT, D. VAN (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 1375. — SCHMIDT, A. L. C. (1955) *Ned. T. Geneesk.* **99**, 2783; (1965) *Acta cytol. (Philad.)* **6**, 247.

Rotterdam, 24 augustus 1971

A. L. C. SCHMIDT

Naar aanleiding van de casuïstische mededeling van collega VAN LENT (1971) over twee gevallen van endometriosis intestinalis, die in een periode van drie maanden op een heelkundige afdeling ter behandeling kwamen, leek het mij nuttig aanvullend te berichten over waarnemingen op een gynaecologische afdeling bij endometriosis in het algemeen en bij endometriosis intestinalis in het bijzonder.

In een periode van ongeveer 1½ jaar behandelde ik 40 patiënten. De lokalisatie van de endometriotische haarden is in onderstaande tabel aangegeven.

### LOKALISATIE VAN ENDOMETRIOTISCHE HAARDEN BIJ VEERTIG PATIËNTEN

Peritoneum van kleine bekken en cavum Douglasi	26
Ovaria	25
Ligamenta sacrouterina	18
Tubae Falloppii	7
Corpus uteri	5
Ligamenta rotunda	3
Vagina	2
Tractus intestinalis	2
Septum rectovaginale	2
Cavum retzii	1
Cervix uteri	1

Endometriosis intestinalis kwam dus — overigens zonder specifieke klachten te veroorzaken — voor bij 2 van de 40 patiënten, ofwel bij 5%. Ook dit percentage is dus duidelijk lager dan wel in de buitenlandse literatuur wordt aangegeven. Ook het aantal uteriene lokalisaties was zeer laag. Ik werd daarentegen getroffen door de hoge frequentie van haarden in de uterosacrale ligamenten. Dit kleine aantal patiënten laat echter geen uitspraak toe over de algemene geldigheid van deze bevindingen.

Hierbij moet worden opgemerkt dat de lokalisatie steeds (met uitzondering van de twee gevallen van endometriosis vaginalis) door laparoscopie en (of) laparotomie werd vastgesteld en de diagnose endometriose in vele gevallen ook door histologisch onderzoek was bevestigd.

Ik zou nog willen ingaan op de opmerking, dat er een omgekeerde relatie bestaat tussen het aantal zwangerschappen van de vrouw en de frequentie waarmee endometriose voorkomt. Dit kan een gevolg zijn van de gunstige invloed van de graviditeit op de endometriose. Daarbij moet echter niet worden vergeten, dat bij patiënten met endometriose zwangerschap dikwijls niet mogelijk is. Van de 45 patiënten die COHEN (1964) in zijn proefschrift beschrijft was steriliteit een klacht bij 22; bij 12 van hen zelfs de hoofdklacht (dit ondanks het feit, dat onder deze 45 patiënten 6 ongehuwde en 3 gescheiden vrouwen waren). In mijn materiaal van

40 patiënten met endometriose was primaire steriliteit bij 29 en secundaire steriliteit bij 4 een symptoom. Bij de beoordeling van de resultaten van de therapie let ik dan ook niet alleen op de beïnvloeding van de klachten en het effect op de endometriotische haarden, maar neem ik tevens een eventuele graviditeit na het staken van de behandeling in aanmerking.

Dit brengt mij op de therapeutische mogelijkheden. VAN LENT wijst terecht op de gunstige resultaten die een behandeling met progestativa kan geven. De 40 patiënten werden allen behandeld met het echte gestagee megestrolacetaat (Niagestin), een hydroxyprogesteron-derivaat dat geen oestrogene eigenschappen heeft en zelfs een duidelijke anti-oestrogene werking bezit. Ik koos bewust een stof die geen oestrogene effecten heeft, ten einde een zo sterk mogelijk atrofierend effect te verkrijgen. Vanaf de vijfde dag van de cyclus werd eerst gedurende 10 dagen 10 mg megestrolacetaat gegeven, daarna gedurende 10 dagen 20 mg per dag en tenslotte een onderhoudsdosering van 30 mg per dag gedurende 6-12 maanden. Afgaande op het klinische beeld werd bij 30 patiënten (75%) een uitstekend en bij 5 patiënten (12,5%) een bevredigend resultaat verkregen. Bij 1 patiënt was het effect matig en bij 4 werd geen effect waargenomen. Het effect op de endometriotische haarden was dikwijls spectaculair. De haarden die bij een eerste inspectie waren waargenomen konden bij relaparoscopie in de meeste gevallen niet meer worden teruggevonden. Ook werd in een aantal gevallen een gunstige invloed op de fertiliteit vastgesteld. Bij 16 van de 33 vrouwen met fertiliteitsstoornissen werd een zwangerschap gewenst en werd deze niet door stoornissen bij hun echtgenoten belemmerd. Na beëindiging van de behandeling met Niagestin zijn inmiddels reeds 5 van deze 16 vrouwen zwanger geworden.

Aan het einde van zijn mededeling spreekt VAN LENT de verwachting uit, dat de frequentie van endometriosis door de toenemende gezinsplanning zal stijgen. Aangezien daartoe vooral van orale contraceptiva gebruik wordt gemaakt zou ik daarbij toch een vraagteken willen plaatsen. Deze preparaten zijn door diverse onderzoekers (vooral door KISTNER 1969) juist met succes bij endometriose toegepast. Het nog steeds toenemende gebruik van de pil — met name van de combinatiepreparaten — lijkt dan ook eerder een gunstig effect op de frequentie van endometriosis te zullen uitoefenen.

*Literatuur:* COHEN, A. M. (1964) *De behandeling van endometriose met synthetische progestatieve stoffen*. Proefschrift Amsterdam. — KISTNER, R. W. (1969) *The use of progestins in obstetrics and gynecology*, bl. 46. Year Book Medical Publishers, Inc., Chicago. — LENT, D. VAN (1971) Endometriosis intestinalis. *Ned. T. Geneesk.* **115**, 1375.

Sittard, september 1971

A. M. C. M. SCHELLEN

## BEHANDELING VAN DE CLAVICULA-FRACTUUR

Met alle waardering voor de rubriek „Voor de Praktijk” meen ik te moeten reageren op het artikel van collega WELVAART (1971). Er staan dingen in die mijns inziens weerproken resp. aangevuld moeten worden.

1. Een strak aangetrokken stella dorsi is behalve ongemakkelijk ook gevaarlijk. Door druk van de naar achteren en beneden getrokken clavicula op de vaatzenuwstreng kunnen neurologische stoornissen ontstaan.

2. Lang niet alle clavicula-fracturen genezen in 3 weken. De fractuur met sterke dislocatie heeft dikwijls meer dan het dubbele van deze tijd nodig.

3. Bij de conservatieve behandeling van fracturen van veel dislocaties en (of) losse botfragmenten ontstaat dikwijls een grote callusbrok. Deze kan zo groot worden, dat de plexus tussen deze callus en de eerste rib in de knel raakt, met opnieuw kans op neurologische stoornissen.

Voor het op tijd herkennen van deze laatste mogelijkheid is röntgenonderzoek onmisbaar. De schade kan voorkomen worden door bloedige repositie en osteosynthese. Het litteken van de operatie behoeft niet storender uit te vallen dan de callusknobbel bij conservatieve behandeling.

*Literatuur:* WELVAART, K. (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 1606.

Eindhoven, 25 september 1971

M. KNAPE

Gaarne wil ik collega KNAPE bedanken voor zijn reactie op mijn artikel over de clavicula-fractuur. Helaas is het hem echter ontgaan dat het artikel in eerste instantie geschreven is voor de huisarts, waarbij bewust niet gestreefd is naar volledigheid en waarbij zelden voorkomende complicaties onbesproken zijn gebleven.

1. Dat een te strak aangetrokken stella dorsi drukverschijnselen op de vaatzenuwstreng kan veroorzaken, is mij en naar ik hoop de huisarts bekend. Dit type verband werd genoemd omdat een lege artis aangelegde stella dorsi wel degelijk plaats verdient bij de bespreking van de conservatieve behandeling van de clavicula-fractuur en de complicaties gelukkig zeldzaam zijn.

2. Dat niet alle clavicula-fracturen dezelfde genezingsduur hebben, spreekt vanzelf; de meeste patiënten zullen echter na een behandeling van 3 weken uit de controle kunnen worden ontslagen.

3. De wens van collega KNAPE, in bijzondere gevallen over een röntgenopname te beschikken, werd ook door mij uitgesproken en wel in de zin: „indien de kans op complicaties aanwezig is, kan een röntgenfoto een onmisbare aanvulling bij de diagnose zijn.”

Het valt tenslotte buiten het bestek van mijn artikel in dit verband te discussiëren over de indicatie tot bloedige repositie en fixatie.

Leiden, 7 oktober 1971

K. WELVAART

Collega WELVAART (1971) heeft in zijn artikel over de clavicula-fractuur dat van collega DE BRUIN (1970), dat dit vraagstuk behandelt, niet gerefereerd.

Ik ben het geheel oneens met collega WELVAART dat er geen indicatie voor operatieve behandeling van clavicula-fracturen zou bestaan. Bij volwassenen met ernstige dislocatie van de fractuurstukken is de operatieve repositie en fixatie een eenvoudige behandeling met een aanzienlijke verkorting van de arbeidsongeschiktheid die slechts enkele dagen van hospitalisatie vraagt.

De stella dorsi is toch als een obsoleete behandeling te beschouwen met veel ongemak voor de patiënt (onmogelijkheid tot wassen), en met geen enkel effect op repositie of fixatie.

*Literatuur:* BRUIN, TH. R. DE (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 505. — WELVAART, K. (1971) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 1606.

Rijswijk (Z.H.), 26 september 1971

J. BONNET