

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