

Acroparesthesiën in de menopauze

Het antwoord op vraag 48 (1972) heeft mij verbaasd. In deze vraag wordt het ontstaan en de behandeling van acroparesthesiën, in het bijzonder bij patiënten in de menopauze, aan de orde gesteld.

Het antwoord luidt dat deze klacht veelvuldig voorkomt, maar dat niets bekend is over het ontstaan en de behandeling van deze aandoening. Dit lijkt mij onjuist. Afgezien van andere oorzaken komen acroparesthesiën in de handen bij vrouwen van middelbare leeftijd zeer veel voor als deel van het carpale-tunnelsyndroom. Bij dit syndroom treden, zoals bekend, vooral 's nachts, maar ook wel overdag, meestal aan één hand, pijnlijke prikkelingen op, overwegend in de eerste drie vingers. In latere stadia kunnen hypalgesie in het huidgebied dat voorzien wordt door de nervus medianus, en atrofie van het radiaire gedeelte van de duimmuis ontstaan.

De verschijnselen ontstaan door compressie van de nervus medianus in de carpale tunnel. Een zeer belangrijk diagnostisch hulpmiddel is de bepaling van de geleidingstijden van het distale gedeelte van de nervus medianus. Deze tijden vertonen bij het carpale-tunnelsyndroom een verlenging. De behandeling is eenvoudig en bestaat uit het vrijleggen van de nervus medianus tot ver in de handpalm. Het succes van deze ingreep, die poliklinisch en onder lokale verdoving kan plaatsvinden, is groot. De prikkelingsverschijnselen zijn na de operatie meestal binnen een week verdwenen.

Het herstel van eventueel aanwezige uitvalverschijnselen van de nervus medianus duurt veel langer (als tenminste herstel optreedt).

Naar mijn mening moet bij patiënten met pijnlijke, prikkelende gevoelens in de vingers en de handen steeds, naast een zorgvuldig neurologisch onderzoek, een bepaling van de geleidingstijden van de nervus medianus geschieden. Is de geleidingstijd verlengd, dan is er, ook zonder verdere uitval van de nervus medianus, een indicatie voor het vrijleggen van deze zenuw in de pols.

Literatuur: Vraag 48 (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1297.

Wassenaar, 24 juli 1972

M. TH. A. VAN DUINEN

Naar aanleiding van vraag 48 (1972) waarin u een antwoord geeft over vragen aangaande acroparesthesiën in de menopauze, meen ik t.b.v. de lezer van het tijdschrift te moeten opmerken dat u ten onrechte volstaat met een vaag antwoord, gebaseerd op uw mening dat over dit onderwerp „geen enkele zinnige opmerking gemaakt kan worden over de pathofysiologie, de pathogenese of de pathologische anatomie”. Op verdere opmerkingen ga ik niet in, omdat het mij voldoende lijkt wanneer ik alleen inga op de geciteerde opmerking.

De klachten die door de vraagsteller worden genoemd, zijn aan de neuroloog zeer goed bekend uit zijn dagelijkse ervaring, ondermeer als het ziektebeeld (nosologisch goed omschreven in alle opzichten en dit sedert vele tientallen jaren) zoals bv. het beeld van de zo geheten brachialgia paraesthetica nocturna, een ziektebeeld dat zeer veel voorkomt en dat medicamenteus zeer goed is te behandelen. Bij goed opnemen van de anamnese en een gedegen neurologisch onderzoek is een differentiale diagnose (bv. met het carpale-tunnelsyndroom) meestal niet aan de orde.

Wellicht verdient het aanbeveling dit onderwerp in het tijdschrift nog eens uitvoerig te bespreken, temeer, daar het — zoals reeds gezegd — een veel voorkomende aandoening

is, die bij bekend zijn met het ziektebeeld, gemakkelijk, snel en adequaat verholpen kan worden.

Literatuur: Vraag 48 (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1297.

Eindhoven, 7 augustus 1972

J. A. M. FREDERIKS

Acroparaesthesia dolorosa is één van de vele ongemakken die een mens aan de arm of de hand kan hebben. Het is een zeer kenmerkende klacht die vooral voorkomt op middelbare leeftijd, en bij vrouwen veel vaker dan bij mannen. De pijnlijke paraesthesiën treden vooral 's nachts op en plegen te verdwijnen wanneer de patiënt de arm laat hangen, wat gaat rondlopen of de hand koud afspoelt. Overdag kunnen grove huishoudelijke werkzaamheden meestal goed volbracht worden, bij fijn werk zoals naaien, schrijven of handwerken ontstaat echter een zeer onaangenaam, machteloos en doof gevoel in de vingers. Merkwaardig is dat wij het syndroom tijdens de hongerwinter van 1944 bijzonder frequent zagen en toen ook veel bij mannen.

Acroparaesthesia dolorosa kan men niet zonder meer onder één noemer vangen met het carpale-tunnelsyndroom. Voor de diagnose carpale-tunnelsyndroom van de nervus medianus is het nodig functie-uitval van de zenuw vast te stellen in de vorm van atrofie en parese van de duimmusculatuur en een sensibiliteitsstoornis van de hand die in overeenstemming is met het innervatiegebied van de zenuw.

Over de vraag of een distale vertraagde geleidingstijd van de zenuw als geïsoleerd objectief verschijnsel de diagnose carpale-tunnelsyndroom rechtvaardigt, lopen de meningen uiteen.

Overigens kan men het klieven van het ligamentum carpi transversum niet geheel en bagatelle nemen. Het is tenslotte een breed en stevig ligament dat een belangrijke functie heeft als stabilisator van het polsgewricht. Klachten over het gebruik van het polsgewricht na klieven van het ligament zijn dan ook geen uitzondering.

Dat de prikkelingsverschijnselen meestal binnen een week na de operatie verdwenen zijn, zegt niet zoveel omdat de arm gedurende die week weinig wordt gebruikt en anders beleefd wordt. De resultaten op de lange duur zijn wanneer het een „echt” carpale-tunnelsyndroom betreft inderdaad bevredigend.

De resultaten van een operatieve behandeling van acroparaesthesia dolorosa *zonder objectieve klinische verschijnselen* (en daar ging het in de vraag om) zijn volgens velen weinig bevredigend.

Het is interessant een blik over de schouder in het naaste verleden te werpen. Vele oudere collegae zullen zich herinneren hoe steeds weer getracht is „armklachten zonder objectieve afwijkingen” mechanisch te verklaren en te behandelen. In het begin van deze eeuw stond de halsrib in het centrum van de belangstelling. In 1927 moest deze plaats maken voor het scalenusyndroom van Adson en Coffey waarvoor doorsnijding van de M. scalenus anticus in de jaren 1927-1940 op even grote schaal plaatsvond als thans de klieving van het ligamentum carpi transversum.

In 1943 lanceerden FALCONER en WEDDELL het costoclaviculaire syndroom dat in 1945 gevolgd werd door het hyperabductie-syndroom van Wright. In 1946 introduceerden CANNON en LOVE de operatieve klieving van het ligamentum carpi transversum voor het carpale-tunnelsyndroom dat in 1913 door MARIE en FOIX was beschreven, een klinische beschrijving die ook thans nog de basis dient te zijn voor de diagnose. De laatste jaren zijn wij weer teruggekeerd tot het begin van deze eeuw en worden vele eerste ribben verwijderd;