

artikel tot een vrijwel negatief oordeel. Ik wil het echter hierbij laten.

Het is duidelijk dat er indicaties bestaan voor de adenotonsillectomie. Het is even duidelijk dat in een hoog percentage de ingreep wordt verricht zonder deugdelijke indicatie. Ouders moet geleerd worden en doktoren moeten weten dat de adenotonsillectomie geen wondermiddel is voor allerlei problemen op de kinderleeftijd. Er zijn voor deze problemen tegenwoordig adequate geneeswijzen op zuiver medisch maar vooral ook op psycho-sociaal gebied. Een andere benaderingswijze voorkomt niet alleen veel, deels onherstelbaar leed, maar leert vooral ook ouders op betere wijze omgaan met hun kinderen.

In haar redactionele kanttekeningen over de adenotonsillectomie vergeleek de redactie 2 technieken voor het verwijderen van de tonsillen en kwam tot de conclusie dat er geen duidelijk verschil bestaat in letaliteit en morbiditeit. De betekenis van beide is echter sterk te verminderen door de ingreep alleen op strikte indicatie te verrichten. De redactie heeft een goede gelegenheid voorbij laten gaan om te wijzen op deze mogelijkheid.

Literatuur: Annotations (1967) Tonsillectomy. *Lancet* II, 1292. — BAKWIN, H. (1958) The tonsil-adenoidectomy enigma. *J. Pediatrics* 52, 339. — BOLANDE, R. P. (1969) Ritualistic surgery - circumcision and tonsillectomy. *New Engl. J. Med.* 208, 591. — HAGGERTY, R. J. (1968) Diagnosis and treatment: Tonsils and adenoids - a problem revisited. *Pediatrics* 41, 815. — HOOGENDOORN, D. (1971) De zuigeling in het ziekenhuis. *Ned. T. Geneesk.* 115, 1669; (1972a) De (1- tot 4-jarige) kleuter in het ziekenhuis. *Ned. T. Geneesk.* 116, 1585; (1972b) Het (5-14-jarige) schoolkind in het ziekenhuis. *Ned. T. Geneesk.* 116, 1629. — JONGKEES, L. B. W. (1970) Moest dat nu? *Ned. T. Geneesk.* 114, 45. — NORTH, A. F. (1968) An epidemic unchecked. *Pediatrics* 41, 815 — Redactionele kanttekeningen (1973) Adenotonsillectomie volgens Sluder. *Ned. T. Geneesk.* 117, 115. — ROYDHOUSE, N. (1969) A controlled study of adenotonsillectomy. *Lancet* II, 931.

Helmond, 5 februari 1973

P. J. H. WYERS

Met de uitvoerige brief van collega WYERS ben ik het qua strekking van het betoog omtrent de noodzaak van een juiste indicatie voor tonsillectomie en adenotomie volkomen eens. Aan deze gedachte heb ik dan ook al enkele malen in ons tijdschrift uiting gegeven (1951, 1964, 1970). Overigens geloof ik dat de inzender wel moet oppassen met het vergelijken van Engelse en Amerikaanse cijfers met de Nederlandse. In Engeland is een tonsillectomie een grote operatie onder algehele narcose met intubatie en, op vele plaatsen, een lange wachtlijst. In Amerika wordt de ingreep zelden door keelartsen maar meestal door huisartsen en kinderartsen verricht. Het is vermoedelijk geen toeval dat eigenlijk alle aangehaalde buitenlandse literatuurgegevens uit het Engelse taalgebied komen.

Binnenkort zal een grote statistiek over klinische en poliklinische tonsillectomie en adenotomie in ons tijdschrift gepubliceerd worden waaruit zal blijken dat de sterfte aan deze operaties nog veel lager ligt dan uit de klinische gegevens van collega HOOGENDOORN naar voren komt. De door WYERS aangehaalde uitspraak dat de ingreep elk jaar honderden kinderen doodt, is dan ook zo ongenueanceerd dat ze als onverantwoord moet worden beschouwd zolang niet aangetoond is dat (bijvoorbeeld) het verhoogde gebruik van antibiotica (JONGKEES 1959) (nog veel vaker zonder goede indicatie voorgeschreven) dat, van het nalaten van deze

ingreep het gevolg zal zijn, niet nog meer doden zal eisen.

Op de laatste alinea van de brief zal ik niet ingaan aangezien het door de inzender gestelde probleem geen direct verband houdt met het in de redactionele kanttekening aangesneden onderwerp.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1951) Adenoïde vegetaties. *Ned. T. Geneesk.* 95, 2864; (1959) De therapie van acute streptococcen tonsillitis en de preventie van acuut reuma en acute glomerulonephritis. *Ned. mil. Geneesk. T.* 12, 159, 229 en 325; (1964) Voor of tegen tonsillectomie. *Ned. T. Geneesk.* 108, 2080; (1970) Moest dat nu? *Ned. T. Geneesk.* 114, 45.

Amsterdam, maart 1973

L. B. W. JONGKEES

Diagnose, profylaxe en therapie van de veneuze trombose van het been

Gaarne veroorloven wij ons enige opmerkingen naar aanleiding van het artikel van collega R. BIEGER en Prof. Dr. E. A. LOELIGER (1973). Wij onderschrijven ten volle hun mening, dat in principe de beste behandeling van het trombosebeen — zoals bij iedere aandoening — profylaxe is. Bij deze profylaxe moeten echter terdege de schaduwzijden van de therapie met anticoagulantia worden overwogen. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten op een interne afdeling, bij wie in doorsnee meer contra-indicaties voor anticoagulantia therapie aanwezig zijn dan bij chirurgische patiënten.

Oneens zijn wij het met de opvatting, dat fysische diagnostiek van grote importantie is voor de diagnose veneuze trombose. De schrijvers stellen, dat de unilaterale zwelling en lokale drukpijn over een vene een waardevol diagnosticum kunnen zijn, al voeren zij zelf reeds tegenargumenten aan. SCHMIDT (1953) toonde aan, dat bij 6506 onderzochte patiënten na 4455 operaties 283× een trombo-embolisch proces optrad, waarbij drukpijn over de grote venen een niet onbelangrijk symptoom was (135×), doch oedeem slechts in 49 gevallen aanwezig was, terwijl het symptoom van Homan slechts in minder dan 2% voorkwam. Daarenboven dient opgemerkt, dat — zoals de schrijvers eveneens vermelden — een longembolie niet zelden het eerste teken van een veneus-trombotisch proces is. Volgens onze mening moet dan ook de diagnose veneuze trombose worden geobjectiveerd vóórdat klinische manifestaties daarvan aanwezig zijn. De op het ogenblik meest belovende methode hiervoor is die met behulp van met radioactief jodium gemerkt fibrinogeen. Dat niet ieder ziekenhuis beschikt over een isopenafdeling, is hierbij een praktisch nadeel. Zoals schrijvers reeds in hun artikel aangaven, kan d.m.v. dit gemerkte fibrinogeen zowel lokale scintillatietelling als consecutieve telling in plasmamonsters worden geëffectueerd. Het belangrijkste nadeel van scintillatietelling is, dat het slechts gedurende 4 dagen (¹³¹J-fibrinogeen) resp. 9 dagen (¹²⁵J-fibrinogeen) bij een dosis van ongeveer 70-100 millicurie kan worden uitgevoerd. De bepaling van de biologische halveringstijd van radioactief gemerkt fibrinogeen heeft hierbij voordelen. Met ¹³¹J-fibrinogeen is het onderzoek dan ongeveer 12 dagen mogelijk, met ¹²⁵J-fibrinogeen zeker 20 dagen.

De schrijvers refereren aan ons onderzoek (VAN DER MAAS e.a. 1971) en stellen, dat de methode zonder scintigrafie het vermoeden van een zich ontwikkelende thrombus kan bevestigen, dat de lokalisatie evenwel onbekend blijft en dat de uitkomsten van gezonde controlepersonen en patiënten met veneuze trombose elkaar overlappen. Wij toonden in een retrospectief onderzoek (VAN DER MAAS e.a. 1971 en 1972) aan, dat het zg. overlappingsgebied zeer klein is:

Absoluut gezien bedroeg het spreidingsgebied van de $T_{1/2}$ van ^{131}J -fibrinogeen bij normalen 2,9-4,7 dagen, bij patiënten met veneuze trombose 1,8-3,1 dagen voor anticoagulantiatherapie, nadien 3,1-4,8 dagen. Het is echter niet onze bedoeling de $T_{1/2}$ -bepaling met ^{131}J -fibrinogeen te verrichten zonder scintigrafie die bij het onderzoek juist een welkome aanvulling is. In een prospectief onderzoek maakten DEN OTTOLANDER e.a. (1972) gebruik van ^{125}J -fibrinogeen bij een groep van 33 patiënten, die werden behandeld voor decompensatio cordis. Bij deze was de lokale scintillatietelling $15 \times$ positief en $18 \times$ negatief. De fysische diagnostiek was slechts $2 \times$ duidelijk en $4 \times$ (na reeds verkregen positieve „scan”) dubieus; in deze groep trad volgens de $T_{1/2}$ -bepaling in ruim 40% der gevallen veneuze trombose op. Uit dit onderzoek kon worden afgeleid, dat de diagnose veneuze trombose ernstig dient te worden overwogen indien de $T_{1/2}$ van ^{125}J -fibrinogeen meer dan 24 uur korter is dan 3,55 dagen, zonder dat er sprake is van exogene bloedverlies. Bovendien bleek dat 2 dagen voor detectie van de veneuze trombose in het been d.m.v. lokale scintillatietelling de $T_{1/2}$ reeds was verkort, hetgeen in overeenstemming is met de resultaten van het onderzoek van JEYASINGH. Wij menen dat in de interne kliniek dagelijks nauwgezet onderzoek van gepredisponerde patiënten met behulp van radioactief gemerkt fibrinogeen grotere voordelen en mogelijkheden biedt dan algemene profylaxe met anticoagulantia.

Wij zijn het overigens geheel eens met collega BIEGER en Prof. LOELIGER, dat na vaststellen van een veneuze trombose onverwijld anticoagulantiatherapie moet worden ingesteld. In 1972 berekenden wij uit veranderingen van de vervalcurve van radioactief gemerkt fibrinogeen, dat de invloed van een oraal toegediend coumarinederivaat (acenocoumarolum) pas gemiddeld na ongeveer 4 dagen na toediening merkbaar was, terwijl dan de protrombinetijd gemiddeld $2,3 \times$ t.o.v. de controle was verlengd. De mening van de schrijvers, dat deze „latente periode” door heparine dient te worden overbrugd, onderschrijven wij dan ook ten volle.

Literatuur: BIEGER, R. en E. A. LOELIGER (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 100. — MAAS, A. P. C. VAN DER, F. A. G. TEULINGS en G. J. H. DEN OTTOLANDER (1971) *Thrombos. Diathes. Haemorrh. (Stuttg.)* 26, Nr. 1. — MAAS, A. P. C. VAN DER, F. A. G. TEULINGS, G. J. H. DEN OTTOLANDER en W. SCHOPMAN (1972) *Thrombos. Diathes. Haemorrh. (Stuttg.)* 28, 496. — OTTOLANDER, G. J. H. DEN, W. SCHOPMAN, A. P. C. VAN DER MAAS en M. R. VEEN (1972) Voordracht Algemene Ziektkundige Vereniging, september. — SCHMIDT, W. J. H. (1953) *Diagnostiek der post-operatieve thrombose*. Proefschrift

Amsterdam,
Rotterdam, januari 1973

A. P. C. VAN DER MAAS
G. J. H. DEN OTTOLANDER

Onze uitspraak dat fysische diagnostiek van grote importantie is voor de diagnose veneuze trombose, is uit haar verband gehaald. Wij hebben duidelijk gesteld, dat negatieve klinische bevindingen een trombosebeen beslist niet uitsluiten, maar dat positieve bevindingen zoals unilateraal enkeloedeem en pijnlijke over de venae wel waardevol zijn voor de diagnose veneuze trombose. Dat de collegae VAN DER MAAS en DEN OTTOLANDER het niet oneens kunnen zijn met deze opvatting, moge blijken uit het feit dat zij de diagnose veneuze trombose bij 15 van hun 17 patiënten, beschreven in het artikel over de waarde van de $T_{1/2}$ van radioactief gemerkt fibrinogeen (VAN DER MAAS e.a. 1972), hebben gesteld op de klinische bevinding van lokale afwijkingen aan het been.

Met radioactief gemerkt fibrinogeen kan men een lokale

scintigrafie en een $T_{1/2}$ -bepaling verrichten. De collegae VAN DER MAAS en DEN OTTOLANDER combineren de twee onderzoeken met behulp van ^{131}J -fibrinogeen. Het is de vraag of dit, gezien zijn korte halfwaardetijd, zinvol is. Voor de lokale scintigrafie verdient ^{125}J -fibrinogeen verreweg de voorkeur boven ^{131}J -fibrinogeen.

Ook al zijn de resultaten van het onderzoek van de collegae VAN DER MAAS en DEN OTTOLANDER zeker van wetenschappelijk belang, het blijft zeer de vraag of een $T_{1/2}$ -bepaling met radioactief gemerkt fibrinogeen ooit klinische betekenis zal krijgen. Immers, het zou onverantwoord zijn aan een patiënt bij wie men een veneuze trombose vermoedt, gedurende de vier dagen, nodig voor de berekening van de halfwaardetijd, antistollingstherapie te onthouden. Bovendien is de overlap tussen gezonde personen en patiënten met trombose zeker niet te verwaarlozen, aangezien drie van de zestien normale waarden in de range van halfwaardetijden vielen die werden gevonden bij patiënten (VAN DER MAAS e.a. 1972). In hun prospectieve onderzoek stellen DEN OTTOLANDER e.a. (1972) dat men bij gebruik van ^{125}J -fibrinogeen bij een $T_{1/2}$ korter dan 3,55 dagen de diagnose veneuze trombose dient te overwegen. Indien ^{125}J - en ^{131}J -fibrinogeen dezelfde halfwaardetijd opleveren, dan zouden zelfs vijf van de zestien gezonde personen in het onderzoek van VAN DER MAAS e.a. (1972) verdacht zijn voor een veneuze trombose. Bedenkt men verder, dat de $T_{1/2}$ van fibrinogeen aanzienlijk kan afnemen bij patiënten ook zonder veneuze trombose, bv. bij diffuse intravasculaire stolling en verhoogde fibrinogenolyse (COLLEN e.a. 1972; TYTGAT e.a. 1972), dan wordt het bepalen van de $T_{1/2}$ voor diagnostische doeleinden een hachelijke zaak. SIMONS e.a. (1972) en O'BRIEN e.a. (1972) hebben dan ook aangetoond dat de $T_{1/2}$ -bepalingen van ^{125}J -fibrinogeen bij patiënten met een myocardinfarct of na een operatie niet bijdragen tot het stellen van de diagnose veneuze trombose.

Tenslotte dient men te bedenken dat dagelijks nauwgezet onderzoek met radioactief gemerkt fibrinogeen te kostbaar en te tijdrovend is voor routine-onderzoek. Het resultaat van het onderzoek van DEN OTTOLANDER e.a. (ruim 40 procent van de patiënten met een decompensatio cordis ontwikkelden een veneuze trombose) bewijst eens te meer dat dergelijke patiënten voor een systematische orale anticoagulatie in aanmerking komen, bij goede controle een goedkope en zeer effectieve profylaxe van veneuze trombose en longembolie! Concluderend menen wij dat het onderzoek met radioactief gemerkt fibrinogeen vooralsnog weinig waarde heeft voor de klinische diagnostiek, maar van groot nut kan zijn bij de evaluatie van nieuwe methoden en geneesmiddelen ter voorkoming en behandeling van het trombosebeen. Waardevolle aanvullingen hierbij zijn de ultrageluid-Doppler-methode en de flebografie.

Literatuur: COLLEN, D., G. N. TYTGAT, H. CLAEYS en R. PIESSENS (1972) *Brit. J. Haemat.* 22, 681. — MAAS, A. P. C. VAN DER, F. A. G. TEULINGS, G. J. H. DEN OTTOLANDER en W. SCHOPMAN (1972) *Thrombos. Diathes. haemorrh. (Stuttg.)* 28, 496. — O'BRIEN, J. R., V. TULEVSKI en J. A. HEADY (1972) *Lancet II*, 445. — OTTOLANDER, G. J. H. DEN, W. SCHOPMAN, A. P. C. VAN DER MAAS en M. R. VEEN (1972) Voordracht Algemene Ziektkundige Vereniging, september. — SIMMONS, A. V., M. A. SHEPPARD en A. F. COX (1972) *Brit. Heart J.* 34, 711. — TYTGAT, G. N., D. COLLEN en J. VERMYLEN (1972) *Brit. J. Haemat.* 22, 701.

Leiden, februari 1973

R. BIEGER
E. A. LOELIGER