

Vroege en late complicaties van de veneuze trombose van het been

In het artikel over „Vroege en late complicaties van de veneuze trombose van het been” verschaften BIEGER e.a. (1974) ons een aantal gegevens die van bijzonder veel belang zijn voor ieder die betrokken is bij de behandeling van patiënten met een diepe veneuze trombose. Een tweetal punten in het artikel dwingen mij echter tot onderstaande opmerkingen, zowel in het belang van „de patiënt” als in dat van de „statistiek”.

In de inleiding wordt gesproken over de „conventionele behandeling van het trombosebeen”. Hierbij wordt de indruk gewekt dat bij de behandeling van een patiënt met een trombosebeen volstaan kan worden met het voorschrijven van een behandeling met anticoagulantia. Deze indruk wordt nog versterkt doordat zeer terloops vermeld wordt dat tien patiënten regelmatig zwachtels of steunkousen droegen. In feite is het echter zo, dat de periode waarin deze patiënten anticoagulantia krijgen slechts een korte fase behoort te zijn in de totale behandeling. Reeds in deze fase, maar niet daarna, moeten zij zorgvuldig worden gecontroleerd en moet worden voorkomen dat afwijkingen ontstaan als gevolg van de door de trombose aangerichte schade. Dit laatste is vrijwel altijd mogelijk als zij nauwgezet het been zwachtelen of een aangemeten elastieken kous dragen. Indien desondanks een neiging tot oedeemvorming blijft bestaan, dienen zij leefregels voorgeschreven te krijgen: zij moeten niet te lang achtereen staan, zoveel mogelijk het been hoogleggen en mager worden of blijven en een enkele maal is verandering van werkkring gewenst. Ik maak deze opmerking niet alleen omdat dit deel van de behandeling voor de praktijk van zo bijzonder veel belang is, maar ook omdat bij een eventueel prospectief onderzoek in hoge mate met het bovenstaande rekening moet worden gehouden.

Hetzelfde geldt voor de wijze waarop de diagnose gesteld wordt. Bij de door de schrijvers nagecontroleerde patiënten is deze gesteld op grond van „de kliniek”. Dit is een uiterst dubieus criterium. In het Arnhemse Gemeente Ziekenhuis houden wij ons aan de regel dat een patiënt bij wie de waarschijnlijkheidsdiagnose „diepe veneuze trombose” is gesteld, slechts dan langdurig met anticoagulantia wordt behandeld indien de diagnose met behulp van flebografie is bevestigd. Ook dit laatste is niet alleen van klinisch belang, maar vooral weer voor een juiste beoordeling van het bereikte resultaat. BIEGER e.a. noemen publikaties van BAUER en ZILIACUS; deze hebben erop gewezen dat een kuitvenetrombose die zich niet uitstrekt tot of boven de vena poplitea, over het algemeen geen ernstige posttrombotische afwijkingen veroorzaakt: destructie van kleppen in de venae poplitea en femoralis leidt tot ernstige verstoring van het veneuze pompmechanisme. De waarde van de behandeling met anticoagulantia is dan ook voor een groot deel gelegen in het voorkomen van uitbreiding van het proces naar deze venen. Bij de beoordeling van patiënten met een „lage trombose” zou men dan ook moeten weten of het proces inderdaad (door de antistolling?) tot de kuit beperkt is gebleven. Voor de beoordeling van het resultaat bij een „hoge trombose” is de flebografie al evenzeer van belang. Een acute trombose van de bekkenvenen kan sterk initieel oedeem veroorzaken. Blijft het proces beperkt tot de bekkenvenen, dan

kan een zodanige collateraalvorming optreden dat de patiënt in het geheel geen restverschijnselen behoeft te vertonen. Breidt het proces zich echter retrograad uit naar de vena femoralis, dan zijn de gevolgen wel ernstig. Wellicht kan een snelle antistolling deze uitbreiding voorkomen en is hiermede het gunstig effect van heparine bij patiënten met een „hoge trombose” te verklaren. In die gevallen echter waarin een kuitvene-trombose zich via de vena femoralis naar het bekken uitbreidt, zal het effect van een snel ingestelde antistolling minder duidelijk zijn. De schade aan de kleppen in de vena femoralis is dan al aangericht. Differentiatie tussen de twee vormen is alleen goed mogelijk met flebografie.

Literatuur: BIEGER, R., M. J. BOEKHOUT-MUSSERT en E. A. LOELIGER (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 3.

Arnhem, januari 1974

M. N. VAN DER HEYDE

Uit ons artikel is waarschijnlijk niet duidelijk gebleken dat wij niet de behandelende artsen van de 89 patiënten waren, maar slechts degenen die zorgden voor het regelen van de antistollingstherapie. De behandeling van deze patiënten geschiedde door de huisartsen en specialisten en was zeer wisselend. Immobilisatie varieerde van 1 dag tot 8 weken; zwachtels werden bij meer dan de helft van de 68 patiënten bij wie het na-onderzoek plaatsvond, voorgeschreven; elevatie van het voeteneinde van het bed in iets minder dan de helft van de gevallen. Wij menen evenals collega VAN DER HEYDE dat het dragen van zwachtels, zodra de patiënt gemobiliseerd wordt, zeker nuttig en noodzakelijk is bij de behandeling van een patiënt met een veneuze trombose van de vena femoralis en(of) iliaca. Na ruim 2½ jaar waren 10 patiënten nog voldoende gemotiveerd om deze therapie te continueren. Met deze vorm van therapie vermindert men de klachten van de patiënt en voorkomt men het ontstaan van een ulcus cruris.

De opmerking van collega VAN DER HEYDE heeft ons doen nagaan of de patiënten die vanaf het begin geen zwachtels hebben gedragen, een meer uitgesproken posttrombotisch syndroom kregen dan degenen die dit wel hadden gedaan. Deze veronderstelling hebben wij echter op grond van ons materiaal niet kunnen bevestigen; van veel groter belang bleek te zijn of de patiënt een trombose had gehad van het onderbeen of van het gehele been.

De tweede opmerking betreft de diagnostiek van de veneuze trombose van het been. Wij hebben als minimum-criteria voor het retrospectieve onderzoek gesteld: pijn over de venae met acute zwelling van het onderbeen en(of) bovenbeen. Door deze criteria te gebruiken hebben wij vanzelfsprekend een strenge selectie toegepast en er zullen ongetwijfeld patiënten met een trombose niet in het onderzoek zijn opgenomen. Het voordeel van deze selectie was echter dat de diagnose diepe veneuze trombose op klinische gronden vrijwel zeker vaststond.

De mening van collega VAN DER HEYDE dat bij patiënten met een „hoge trombose” voor de beoordeling van het therapeutisch resultaat flebografie ten tijde van de acute trombose noodzakelijk is, delen wij niet, zonder overigens hiermee het nut van flebografie te willen ontkennen (BIEGER en LOELIGER 1973). Bij een goed gecontroleerd, vergelijkend onderzoek doet het er immers niet toe waar de trombotische afsluiting

zich bevindt, aangezien de verschillen in lokalisatie door randomisatie gelijkelijk over de te vergelijken groepen worden verdeeld. Wanneer wij bij de diagnostiek van het „hoge trombosebeen” uitsluitend op de klinische verschijnselen afgaan, voelen wij ons daarin gesteund door een fervent voorstander van de flebografie, wanneer hij schrijft „As a rule, it is no longer necessary to rely on phlebography to establish the diagnosis; it can now be made by means of routine clinical methods. Still, X-ray examination may be helpful in certain, more doubtful cases” (BAUER 1964). Anderzijds zijn wij het geheel met collega VAN DER HEYDE eens als hij stelt dat voor een evaluatie van het posttrombotisch syndroom flebografie noodzakelijk is.

Op het ogenblik zijn wij in samenwerking met de afdeling chirurgie en röntgenologie bezig met een prospectief onderzoek naar het nut van streptokinase bij patiënten met een „hoog trombosebeen”. Het criterium hierbij is de ernst van het posttrombotisch syndroom, geëvalueerd m.b.v. veneuze drukmeting en flebografie, zoals door VAN DER HEYDE (1961) is beschreven.

Literatuur: BAUER, G. (1964) Clinical experiences of a surgeon in the use of heparin. *Amer. J. Cardiol.* 14, 29. — BIEGER, R. en E. A. LOELIGER (1973) Diagnose, profylaxe en therapie van de veneuze trombose van het been. *Ned. T. Geneesk.* 117, 100. — HEYDE, M. N. VAN DER (1961) Phlebography and venous pressure determinations. *Angiology* 12, 553.

Leiden, januari 1974

R. BIEGER
M. J. BOEKHOUT-MUSSERT
E. A. LOELIGER

Urologische afwijkingen na abdomino-perineale rectumresectie wegens rectum-carcinoom

Het artikel van collega J. VAN DUYN (1973) over „Urologische afwijkingen na abdomino-perineale rectumresectie wegens rectum-carcinoom” heeft mijn aandacht getrokken, omdat het onderwerp mij na aan het hart ligt en omdat de schrijver een passage aanhaalt uit een door mij geschreven hoofdstuk in het *Handbook of clinical neurology*.

De passage heeft betrekking op een uitvoerig onderzoek van POMPEIUS bij een groot aantal patiënten met al of niet neurologische aandoeningen en gaat over „detrusor-inhibition” als reactie op stimulatie van de anus, een reactie die al veel eerder was waargenomen maar nog nooit zo fraai was geregistreerd. POMPEIUS toonde aan dat de „detrusor-inhibition” berust op een spinale reflex, door hem als „anovesical inhibitory reflex” aangeduid en dat het effect via de Nn. pelvici tot stand komt.

Omdat bij stimulatie van de anus door de toucherende vinger zowel receptoren in de peri-anale huid en in het anale slijmvlies als in de sphincter ani internus en externus konden zijn betrokken, ging POMPEIUS na of hij, met behulp van lokale anesthesie en pudendus-anesthesie, een of meer van deze structuren als receptor-lokalisatie kon uitsluiten. Dit lukte naar zijn mening alleen voor de sphincter ani internus. Daarmee achtte hij bewezen dat de receptoren in ieder geval te vinden waren in het sensibele verzorgingsgebied van de Nn. pudendi. Hij achtte het daarna niet meer opportuun na te gaan of een der resterende gebieden als reflexogene zone

een bijzondere betekenis had en volstond met te stellen dat de receptoren waarschijnlijk in elk der drie gebieden (huid, slijmvlies en sphincter externus) waren te vinden.

POMPEIUS stelde verder dat de reflex bij normale (niet-neurologisch gestoorde) mensen sterk genoeg is om de mictie-reflex compleet te blokkeren en gaf dit als verklaring voor de veelvuldig waargenomen mictie-stoornissen (retentio urinae) na anale en perineale aandoeningen en ingrepen. Uit alles blijkt, dat hij daarbij doelde op situaties die tot prikkeling van de regio analis aanleiding geven en hij adviseerde dan ook geen canules in te brengen en tampons of drukkende verbanden te vermijden. Speciaal wees hij op de acute fissura ani die bij patiënten met een prostaat-hypertrofie aanleiding kan geven tot een acute retentio urinae. Dat POMPEIUS aan de anus als reflexogene zone een belangrijke betekenis toekende, moge hieruit blijken, dat hij de „anovesical reflex” verantwoordelijk stelde voor het algemeen bekende feit, dat defecatie en mictie nooit samen plegen te gaan: tijdens de defecatie wordt de mictie-reflex geremd, vlak erna zou de mictie volgen als een „rebound-effect”.

Ik onderschrijf de opvattingen van POMPEIUS over het bestaan van een reflectoire „detrusor-inhibition” gaarne en vele chirurgen zullen het ook met diens praktische wenken tot het voorkomen van een retentio urinae geheel eens zijn. Ook deel ik zijn mening dat de afferente banen van de sacrale reflexboog in de Nn. pudendi zijn te vinden, maar ik ben het niet eens met de door POMPEIUS gesuggereerde multi-regionale lokalisatie van de receptoren noch met de simpele voorstelling dat het effect direct via de parasympathische Nn. pelvici tot stand komt. Ik zal daar niet uitvoerig op ingaan en hier slechts volstaan met te constateren, dat de spierspoelen in de M. sphincter ani externus als receptoren dienen te worden beschouwd (POMPEIUS' onderzoek geeft daarvoor ook duidelijke aanwijzingen!) en dat de daaruit ontspringende „dikke” afferente vezels (annulospiraal endings, groep I B) via een „inhibitorneuron” invloed uitoefenen op de parasympathische neuronen die, via de Nn. pelvici als „final common path”, de detrusor innervieren. In de gegeven situatie zou stimulatie van de anus dan reflectoir, via „dunne” afferenten (groep II, III en IV), een toename doen ontstaan van de „fusimotor discharge”, leidend tot een contractie van de „intrafusul fibres” van de spierspoelen en daardoor tot een hernieuwde stimulatie van de „annulospiraal afferents” die dan niet alleen een contractie van de sphincter maar tevens een detrusor-inhibition tot stand brengen („feed-back” mechanism). Collega VAN DUYN maakt zich over al deze dingen geen zorgen en vermeldt slechts dat „bij voldoende sterke prikkeling (van de Nn. pudendi?) de mictie totaal zou worden geremd” met de suggestie dat deze uitspraak van mij afkomstig zou zijn.

Weliswaar verheugt het mij dat van urologische zijde nu eens niet de sympathische Nn. hypogastrici (resp. de door deze zenuwen geïnnerveerde gladde musculatuur van trigonum vesicae en blaashals) maar met name de somatische Nn. pudendi (resp. de door deze zenuwen geïnnerveerde dwarsgestreepte pelvico-perineale musculatuur) als factor voor een urineretentie in het geding worden gebracht, maar ik vind het jammer dat collega VAN DUYN deze factor nu net hanteert als mogelijke neurogene oorzaak van de retentio urinae na de abdomino-perineale rectum-extirpatie. Hij heeft zich blijkbaar niet gerealiseerd, dat bij het perineale tempo van de operatie de gehele anus met de perianale huid en een groot deel van de bekkenbodemu musculatuur, d.w.z. alle receptoren (ook de specifieke!), totaal worden verwijderd. Desondanks neemt hij, zonder enig commentaar, als