

2. De ervaring van flebologen leert dat rest-oedemen, induraties en zelfs ulcera goed zijn te behandelen met drukverbanden. Het oedeem verstoort de homeostase van de getroffen weefsels. Deze verstoring kan toenemende klachten en objectieve verschijnselen veroorzaken. Klachten over pijn en vermoeidheid, en de waarneembare oedemen en induraties verdwijnen in enkele weken met goede drukverbandtherapie. Het is meestal noodzakelijk patiënten enige maanden of langer een elastische kous te laten dragen. Met deze steun zijn de patiënten volkomen valide.

3. Uit tabel 2 blijkt dat het oedeem bij 50 van de 68 patiënten niet spontaan verdwijnt. Hieruit blijkt dat men er goed aan doet zo spoedig mogelijk met drukverbanden te beginnen. Het tijdstip waarop deze therapie moet beginnen is niet exact aan te geven. Men zou m.i. kunnen beginnen wanneer de patiënt gemobiliseerd wordt of wellicht nog iets eerder.

4. Het embolie-gevaar is moeilijk te schatten. Dat ambulante behandeling, gecombineerd met drukverbanden, de frequentie van embolie zou verhogen, is op grond van ervaring niet waarschijnlijk. Gedurende 23 jaar praktijkuitoefening als dermatoloog-fleboloog zag ik slechts 2 gevallen van longembolie. Het eerste geval betrof een 60-jarige man met chronisch ulcus cruris en dermatitis bacteriogenes, bij wie geen tekenen van trombose bestonden. Het tweede geval betrof een 50-jarige vrouw die leed aan oppervlakkige thrombophlebitis even boven het enkelgebied.

5. Het oedeem bij trombose wordt vermoedelijk niet uitsluitend bepaald door de plaats waar een trombose een vena afsluit. Deze plaats is waarschijnlijk alleen exact vast te stellen met de ¹²⁵J-fibrinogeenmethode en flebografie. Uit de onderzoeken o.a. van VAN DER MAAS e.a. (1973) bleek dat oedeem lang niet in alle gevallen van thrombusvorming ontstaat. Ook is het bekend dat onderbinding van een V. iliaca niet altijd oedeem veroorzaakt. Andere factoren, waarvan de aard voorlopig slechts valt te gissen, bepalen mede ontstaan en uitbreiding van het oedeem.

6. Het verdwijnen van het oedeem berust waarschijnlijk ook niet alleen op opheffing van de afsluiting. Wij hebben na-onderzoek verricht bij een patiënt die 6 jaar tevoren geleden had aan thrombophlebitis van de V. femoralis. Met behulp van de ultrasonore Doppler-apparatuur kon worden vastgesteld dat de V. femoralis in de lies nog steeds afgesloten was. Het oedeem kan verdwijnen via collateralen en lymfwegen.

7. Een goed aangelegd drukverband, en vooral het niet-elastische drukverband, geeft niet alleen verhoging van de weefseldruk, maar ook — bij beweging — belangrijke drukshommelingen waardoor de lymfe van compartiment tot compartiment wordt voortgestuwd. Dit verklaart wellicht de snelle werking van windselen op oedeem.

Literatuur: BIEGER, R., M. J. BOEKHOUT-MUSSERT en E. A. LOELIGER (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 3. — MAAS, A. P. C. VAN DER, F. A. G. TEULINGS, W. SCHOPMAN en G. J. H. DEN OTTOLANDER (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1388.

Amsterdam, februari 1974

B. J. VAN DER MEER

Het posttrombotisch syndroom blijft in de therapie stiefmoederlijk bedeed. Iedere poging om belangstelling hiervoor te wekken en de inzichten te verdiepen kan met vreugde worden begroet. De klinische les van Prof. VAN LIMBORGH (1974) is m.i. daar een voorbeeld van. Maar al uit de anatomische studie, gepubliceerd in dit tijdschrift in 1962, meende ik te begrijpen waarom de onderbinding van de insufficiënte rami perforantes niet afdoende bleek. Er bleven immers talloze verbindingen tussen het diepe en het oppervlakkige systeem over. De drukverhoging in het diepe systeem doet zich na enige tijd gelden en gaandeweg ontwikkelen zich subcutaan weer oedeem, induratie, enz. Het klinische beeld verschilt weinig met dat van voor de operatie. Men is er nl. niet met het blokkeren van de dikke perforantes, want de kleppen in de diepe aderen blijven insufficiënt en de hydrostatische druk in de spierloge blijft verhoogd. De spierfascie belet oedeemvorming in de spieren (die zien er normaal uit bij operatie). De huid verliest echter door rekking de elasticiteit en defecten ontstaan. Legt men nu met steunende verbanden a.h.w. een derde laag om de gespannen bloedzuil, dan wordt de extra-vasculaire tegendruk verhoogd. Herstel treedt in en het verband kan ten slotte vervangen worden door een goede, passende elastische kous, deskundig aangepast aan het oedeemvrije been.

Mijn ervaringen als oud-chirurg, in belangrijke mate gesteund door het eerder genoemde anatomische onderzoek, wilde ik met deze overwegingen onder woorden brengen opdat men niet te veel van de blokkering van de insufficiënte perforatoren zal verwachten en ook niet te veel zal beloven. De patiënt zal het meestal niet zonder kous kunnen stellen. Ik draaide mijn advies in bepaalde gevallen wel om: „Probeer eerst eens een goede kous. Lukt dat niet dan kunnen we operatie overwegen.”

Literatuur: LIMBORGH, J. VAN (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 225.

Poppel (België), februari 1974

E. L. NAUTA

Collega NAUTA ben ik zeer dankbaar voor zijn aanvulling bij mijn klinische les. De mogelijkheid van het optreden van recidieven na sluiting van één of meer insufficiënte venae communicantes bestaat — bij aanwezigheid van zovele van deze verbindingsvenen — natuurlijk altijd. Ook dan echter zal men het afsluiten van de nieuw insufficiënt geworden venae communicantes weer in overweging moeten nemen als grondslag van de in te stellen therapie. Dit alles neemt niet weg, dat men in de praktijk vermoedelijk met afsluiting van de insufficiënte venae communicantes niet zal kunnen volstaan. Het betreft hier evenwel additionele therapeutische maatregelen, die naar het mij voorkomt alleszins op hun plaats zijn, maar waarover ik op grond van de besproken onderzoekresultaten geen oordeel mag uitspreken.

Amsterdam, februari 1974

J. VAN LIMBORGH