

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Voorstellen voor antirook-poliklinieken

De stichting Volksgezondheid en Roken vraagt om uitgebreide voorstellen voor onderzoek naar het bieden van poliklinische hulp aan personen die het roken wensen te staken, doch dit moeilijk vinden. Voor dit doel is een bedrag beschikbaar van maximaal f 100.000,—. De voorkeur gaat uit naar een demonstratie-project, waarbij gestreefd wordt naar een aanpak die met geringe kosten op vele plaatsen kan worden toegepast. Goede mogelijkheden om de resultaten van deze hulpverlening te kunnen toetsen, zijn vereist.

Uitgewerkte voorstellen met begroting, worden ingewacht bij het Bureau der Stichting, Frederik Hendriklaan 34a, Den Haag.

Subsidieaanvragen bij het Koningin Wilhelmina Fonds

Het Koningin Wilhelmina Fonds, Nederlandse Organisatie voor de Kankerbestrijding (KWF-NOK), maakt bekend dat subsidieaanvragen voor 1978 ten behoeve van wetenschappelijke projecten van kankeronderzoek bij het Bestuur

KWF-NOK kunnen worden ingediend vóór 31 maart 1977. Na die datum ingekomen aanvragen kunnen niet worden behandeld.

Niet eerder door het KWF gesubsidieerde leukemieprojecten, vooral op experimenteel terrein, zullen als regel niet voor subsidie in 1978 in aanmerking komen, gezien de grote steun die het KWF reeds aan leukemieonderzoekingen verleent. Wanneer een aanvrager toch subsidie aanvraagt voor onderzoek naar leukemie, zal hij duidelijk moeten aantonen, dat zijn leukemieproject uitmunt door originaliteit, kwaliteit en efficiënte aanpak.

Hetzelfde geldt voor onderzoek dat wordt voorgesteld voor immuunstatusbepalingen aan patiëntenmateriaal.

Voor subsidieaanvragen gelden de volgende voorwaarden:

1. aanvragen indienen via het bestuur van een (universitair) kankercentrum of -instituut;
 2. voor nieuwe aanvragen van elders wende men zich voor inlichtingen tot dr. E. BOELSEMA-VAN HOUTE, research-coördinator, tel. 020-735575;
 3. projectbeschrijving in *duplo* indienen uitsluitend op daartoe bestemde formulieren die op aanvraag bij de research-coördinator verkrijgbaar zijn;
 4. de periode waarin de aanvragen voor 1978 worden ingewacht loopt van 1 februari 1977-31 maart 1977.
- Aanvragen richten aan het Bestuur KWF-NOK en research-coördinator: de Lairesestraat 33, Amsterdam-1077.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Amoebenabces

Met belangstelling las ik de klinisch-pathologische conferentie over een patiënte met een amoebenabces (DUNNING 1976). De vraag werd gesteld wat nu precies de indicatie voor de punctie van het abces is. Collega ZUIDEMA wees terecht op de grootte van het abces, als een der indicaties. Vele lezers realiseren zich misschien niet, hoe groot zo'n abces wel kan zijn, hetzij solitair, hetzij door confluëren van multiple abcessen.

In oktober 1969 zag ik in het regeringsziekenhuis te Nahariya, Israël, een 72-jarige Druze boer, afkomstig van de Golanhoogte. Het gieren met menselijke faeces is daar een veelvoorkomende gewoonte, en het is niet moeilijk te raden, hoe de infestatie ontstaan was. De patiënt werd opgenomen met hoge koorts, geelzucht en rechtzijdige buikpijn. Een emetine-metronidazol-kuur had geen resultaat, en de toestand van de patiënt ging in feite snel achteruit. Op de 5e dag na opname werd een leverpunctie verricht, waarbij 9 liter chocoladebruine „pus” werd afgetapt, die een emmer half vulde. Na deze ingreep sloeg de behandeling aan, de geelzucht verdween, en de patiënt werd na 3 weken als gezond ontslagen.

Literatuur: DUNNING, A. J. (1976) K.P.C. *Ned. T. Geneesk.* 120, 1685. — WHO Expert Committee on Amoebiasis (1969) *Wld Hlth Org. Techn. Rep. Ser.* No. 421.

East Lansing, december 1976

B. A. KATS

De chirurgische behandeling van het carpale-tunnelsyndroom

Het artikel van collega VUURSTEEN (1976) betreffende de chirurgische behandeling van het carpale-tunnelsyndroom roept bij mij enkele vragen op.

1. De schrijver maakt onderscheid tussen primaire en secundaire vormen van het carpale-tunnelsyndroom. Bij de primaire vorm zou geen duidelijke pathologische factor aanwijsbaar zijn. Naar mijn ervaring (ca. 250 operaties) wordt bij de zg. primaire vorm, na het uitwendige vrijleggen van de zenuw, bijna altijd een duidelijke compressieplaats op de N. medianus gezien in de vorm van een lokale versmalling en een plaatselijke versterkte vaatinjectie van de zenuw. Deze compressieplaats bevindt zich meestal ver distaal in de carpale tunnel zodat de N. medianus tot ver in de handpalm vrijgelegd moet worden. In dit verband heb ik in het artikel van collega VUURSTEEN het onderzoek van MATRICALI gemist die een dwarslopende spierbuik heeft beschreven die vernauwing van de canalis carpi kan veroorzaken (MATRICALI 1970).

2. Door deze plaatselijke druk kan, zowel om als in de N. medianus de hoeveelheid bindweefsel toenemen zodat ook bij de „primaire” vorm de klassieke uitwendige decompressie van de zenuw ontoereikend kan zijn. Het verdient daarom aanbeveling bij elke operatie, na de uitwendige decompressie van de N. medianus, met of zonder neurologische uitval, een extra- en intraneurale neurolyse uit te voeren met de opera-

tiemicroscop, waardoor de afzonderlijke fascikels van de N. medianus geheel vrij komen te liggen.

3. Het is mij niet duidelijk waarop patiënten met een carpale-tunnelsyndroom, van wat voor categorie ook, volgens de laatste alinea van het artikel van collega VUURSTEEN, speciaal naar een handchirurgisch of plastisch-chirurgisch centrum verwezen zouden moeten worden. Ik meen dat de neurochirurgische centra in Nederland ook een ruime ervaring met microchirurgische operatietechnieken hebben.

Literatuur: MATRICALI, B. (1970) *Ned. T. Geneesk.* 114, 180. — VUURSTEEN, P. J. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 2058.

Wassenaar, november 1976

M. TH. A. VAN DUINEN

Als antwoord op het schrijven van collega VAN DUINEN wil ik graag het volgende opmerken.

Ad 1. In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen de primaire en de secundaire vorm van het carpale-tunnelsyndroom. Bij de laatste vorm wordt de compressie veroorzaakt door — en is dus secundair aan — een aanwijsbare pathogene factor. Bij de primaire vorm is deze factor niet bekend. Uiteraard is in beide vormen sprake van compressie van de zenuw. Deze compressie openbaart zich bij de operatie zoals VAN DUINEN beschrijft. Aan zijn beschrijving moet worden toegevoegd dat het vooral de spoelvormige zwelling van de zenuw is (het pseudoneuroom), proximaal van de plaats van compressie, die de diagnose bevestigt. Enige mate van afplatting van de zenuw in de tunnel is nl. altijd aanwezig terwijl de vaatinjectie niet zichtbaar wordt indien onder bloedleegte wordt gewerkt. Het pseudoneuroom wordt veroorzaakt door stagnatie van de axoplasma stroom ter plaatse van de compressie.

Er bestaat geen reden om de nervus medianus tot „ver in de handpalm” vrij te leggen. De compressie vindt plaats in de carpale tunnel en decompressie over dit carpale traject is dus toereikend. Compressiesyndromen die buiten de tunnel zijn gelokaliseerd worden niet meer tot het carpale-tunnelsyndroom gerekend. Compressie in de handpalm geeft aanleiding tot een metacarpaal compressiesyndroom.

Er zijn vele oorzaken beschreven die tot vernauwing van de canalis carpi kunnen leiden. De vermelding van alle rareiteiten op dit gebied valt buiten het kader van mijn artikel.

Ad 2. De veronderstelling dat altijd interne neurolyse dient te worden verricht is apert onjuist. Het is slechts een kleine groep patiënten waarbij deze microchirurgische ingreep noodzakelijk is. Bij meer dan 80% van de gevallen vormt klassieke decompressie een adequate therapie. Interne neurolyse is niet alleen geïndiceerd als er sprake is van intraneurale fibrosis. Indien alle patiënten met een carpale-tunnelsyndroom worden blootgesteld aan deze ingreep, betekent dit dat bij meer dan 80% van de patiënten een niet-geïndiceerde operatie wordt uitgevoerd. Met interne neurolyse wordt een aantoonbare schade toegebracht aan een gecompliceerde, maar overigens intacte zenuw. Het is dan ook van belang, zoals ik in mijn artikel heb uiteengezet, om te komen tot de omschrijving van de indicatie tot interne neurolyse.

Ad 3. Het antwoord op deze vraag ligt „voor de hand”. De handchirurg houdt zich bezig met de chirurgie van de hand, d.w.z. met de chirurgie van alle structuren van de hand. De veelzijdigheid van de reconstructieve mogelijkheden die de handchirurgie biedt kan alleen worden overzien op basis van ervaring en van inzicht in de gecompliceerde bouw en functie van de hand. Een situatie waarbij de hand wordt verdeeld over verschillende disciplines is ongewenst. Er bestaat internationaal dan ook een sterke tendens tot de erkenning van een zelfstandig specialisme handchirurgie. De plasticus, wiens werk voor een belangrijk deel bestaat uit handchirurgie, combineert zijn kennis op dit gebied met zijn belangstelling voor de microchirurgie in het algemeen en de microchirurgie van de perifere zenuwen in het bijzonder. JAMES SMITH, plastisch chirurg in New York, introduceerde in 1964 de microchirurgie van perifere zenuwen. De verdere ontwikkelingen op dit gebied zijn voor een groot deel toe te schrijven aan het werk van HANNO MILLESI, plastisch chirurg te Wenen. De behandeling van zenuwletsels in onderarm en hand is bij de plastisch chirurg in goede handen.

Amsterdam, december 1976

P. J. VUURSTEEN

BERICHTEN

Buitenland

ALGEMEEN

Chemotherapeuticum tegen varicella-zoster. In een editorial van het *British medical Journal* (18 dec. 1976 bl. 1466) wordt gewezen op enkele chemotherapeutica die werkzaam zijn tegen het varicella-zostervirus; als belangrijkste wordt genoemd adenosine-arabinozide („ara-A”). Het belang ervan is te groter aangezien tegen dit virus geen vaccin bekend is, terwijl volgens een onderzoek in 1976 onder klinische studenten van de Oxford Medical School minder dan de helft hunner antistoffen tegen dit virus bezaten.

In enkele gevallen van behandeling met ara-A is de werking frappant geweest. Twee studenten uit de genoemde Oxford-groep die aan varicella leden, waren toen net met hun examen bezig. De een had 40° koorts en tekenen van leverbeschadiging, de ander 39,9° en atopisch eczeem, en

hij verkeerde in delirante toestand. De twee kregen gedurende drie dagen ara-A in een dosering van 11 mg per kg lichaamsgewicht. Nog in dezelfde week konden beiden hun examen afmaken, met succes.

In het editorial wordt echter ook gewaarschuwd tegen het middel, omdat het een potentieel mutagene werking heeft. Juist bij jonge mensen betekent dit een niet te verwaarlozen risico; voor zeventigjarigen geldt dit natuurlijk niet, en evenmin voor zwaar zieke patiënten met immunodeficiëntie.

AUSTRALIË

G6PD-deficiëntie bij immigranten. Vele immigranten in Australië zijn afkomstig uit de landen rondom de Middellandse Zee. Zij hebben een aantal erfelijke factoren met zich meegebracht die problemen kunnen opleveren. In de vorige jaargang van ons tijdschrift (bl. 2121) heeft men een bericht kunnen lezen over de incidentie van thalassemie bij deze nieuwkomers. MERRAN B. SMITH (*Med. J. Austr.*, 25 sept.