

waarde onderzocht waaruit bleek dat coronair arteriogram en linker-ventrikel-angiogram verreweg de hoogste voorspellende waarde hadden. Het is om deze reden dat we de angiografische gegevens als basis van vergelijking hebben genomen. De berekeningen werden zodanig uitgevoerd dat de groepen volledig vergelijkbaar waren. Van de niet geopereerde patiënten werd een belangrijk gedeelte met anticoagulantia behandeld omdat deze behandeling tijdens de vervolperiode (1963-1971) ook in de Verenigde Staten nog vrij frequent werd toegepast. Desondanks zou men kunnen veronderstellen, of liever nog moeten hopen, dat sindsdien de vooruitzichten voor patiënten met coronair lijden door ontwikkelingen in medicamenteuze en andere behandeling (waarvan toediening van anticoagulantia en dipyridamol slechts enkele facetten zijn) belangrijk zijn verbeterd.

Helaas blijken onze vorderingen hierin gering te zijn. Onlangs is het 5-9-jarige vervolgonderzoek van de Cleveland Clinic-groep uitgebreid tot alle patiënten die ten minste 10 jaar waren vervolgd en hierbij bleek de mortaliteit van de niet geopereerde patiënten in later jaren (tot 1976) niet gedaald te zijn (PROUDFIT e.a.).

In het St. Antonius ziekenhuis te Utrecht werden 285 niet geopereerde patiënten vervolgd. Ook in dit onderzoek waarvan de resultaten verregaand overeenkwamen met het Cleveland-onderzoek (BRUSCHKE e.a. 1975), waren coronair en linker-ventrikel-angiogram van doorslaggevende betekenis. In dit onderzoek werd de invloed van diverse medicamenten, onder andere anticoagulantia en dipyridamol, bestudeerd maar kon geen invloed hiervan op de mortaliteit worden aangetoond.

In zeer vele andere onderzoeken, waarbij helaas doorgaans niet gebruik gemaakt kon worden van angiografische documentatie, bleken anticoagulantia en dipyridamol slechts zelden een significant effect te hebben. Voorts is van belang dat in Amerikaanse vervolgonderzoeken van geopereerde patiënten slechts zelden als routine anticoagulantia, dipyridamol of soortgelijke preparaten werden gegeven, terwijl de late mortaliteit in al deze groepen vrijwel dezelfde is als de onze.

Toch zijn wij het met prof. VREEKEN en prof. KOSTER eens dat de „natuurlijk beloop”-curve van niet geopereerde patiënten bij optimale medicamenteuze en andere behandeling (zoals verbetering van voedingspatroon, stoppen van roken etc.) misschien iets gunstiger zou kunnen komen te liggen dan in onze grafiek, maar het verschil tussen de curven is zo groot dat enige verschuiving aan de essentie van ons betoog geen enkele afbreuk kan doen.

Wij trachten bij onze patiënten een optimale behandeling te bereiken door operatie te adviseren waar aangewezen en daarna zorg te dragen voor optimale medicamenteuze en andere behandeling. Of coagulantia en dipyridamol hierin een vaste plaats zullen houden is nog niet geheel zeker.

Literatuur: BRUSCHKE, A. V. G., W. KOLSTERS en J. LANDMANN (1975) *Prognosis of coronary artery disease based on angiographic findings*. — PROUDFIT, W. L., A. V. G. BRUSCHKE en F. M. SONES, *Ten year follow-up of 601 non surgical cases of arteriographically demonstrated coronary disease* (ter perse).

Utrecht, maart 1977

F. VAN BEMMEL
C. A. ASCOOP
A. V. G. BRUSCHKE
J. M. P. G. ERNST
F. E. E. VERMEULEN

Met veel genoegen heb ik het Caput Selectum van collega KEEMAN (1976) gelezen. Jammer vond ik wel dat hij niet wat uitvoeriger op de indicatiestelling is ingegaan, namelijk op de wezenlijke vraag: „wélke varicestypen te opereren, wélke te scleroseren, in wélke gevallen een gecombineerde therapie toe te passen” en vooral „van wélke varices liever af te blijven”. Misschien heeft hij deze indicatiestelling beschouwd als „bekende kost”, gemakkelijk op te zoeken in vrijwel elk flebiologie-leerboek (zoals bv. LEU 1969; SCHNEIDER-FISCHER 1969; HAID-FISCHER 1973). Toch krijg ik na lezing van het commentaar van collega VAN DER LUGT (1974) en de repliek van collega KEEMAN (1977) de indruk dat het nuttig is nog eens nadrukkelijk te wijzen op de diversiteit in varicestypen en, daarmee, op de differentiatie in therapeutisch handelen.

Collega KEEMAN zal mij niet euvel duiden als ik dus ter completering van zijn verhaal op deze plaats nog eens noem de principes en vuistregels voor indicatiestelling, zoals die op de Nijmeegse afdeling van Flebiologie gelden:

a. Primair voor chirurgische behandeling komen in aanmerking de V. saphena magna-stamvaricosis met grote ampullaire „crosses” (d.i. de overgangsplaats van saphena magna naar diepe vena femoralis in de fossa ovalis), veel spanning en snelle reflux (partiële Trendelenburg) en de langere tubulaire trajecten van fors kaliber.

b. Varices waarbij zowel operatieve als sclerosingstherapie mogelijk is, zoals V. saphena magna-varicosis met kleinere tubulaire trajecten, een evt. klein-ampullaire saphena-crosse, en gekronkelde varices van de zijtakken. Nevenargumenten zoals leeftijd, bezwaren tegen ziekenhuisopname, angst voor de operatie, maar vooral de vaktechnische mogelijkheden van de behandelende arts, spelen bij de definitieve indicatiestelling een rol.

c. Uitsluitend voor sclerosering in aanmerking komt de veel voorkomende zg. reticulair varicosis, waarbij het bekende patroon van de V. saphena magna niet of nauwelijks meer bestaat. Verder de varices in de anterolaterale en de posterolaterale ramus descendens van de V. saphena magna aan bovenbeen en rondom de knie (de zg. semicirculari-varicosis) en vooral ook de varices in het gebied van de V. saphena parva, zeker ook als er sprake is van een insufficiënte parva-crosse. En tenslotte de cosmetische behandeling van de sterk ontsierende mini-varices, zoals de „Besenreiser”, intradermale venectasieën en telangiëctasieën.

d. De posttrombotische varices aan het onderbeen, waarbij steeds nieuwe insufficiënte Vv. perforantes een rol spelen, kán men scleroseren. Recidieven treden echter snel en veelvuldig op, hetgeen overigens eveneens geldt voor de operatieve behandeling. Aan een elastische kous is daarom meestal niet te ontkomen (supramalleolaire druk 45-55 mm kwik).

e. Voor scleroserende nóch voor operatieve therapie komen in aanmerking de varices die, tenminste gedurende spieractiviteit, essentieel zijn voor de afvoer van het veneuze bloed. Er is bij deze, gelukkig zeldzame, patiënten steeds sprake van een doorgemaakte diepe trombose. De proeven volgens Perthes vallen gubstie uit, veneuze drukmeting geeft zekerheid. Eveneens grootste omzichtigheid is geboden bij varices als onderdeel van congenitale dysplasieën, zoals het syndroom van Klippel-Trelaunay e.d.

Uit bovenstaande groepsindeling volgt dat van een eenzijdige therapeutische benadering geen sprake kan zijn. Een schatting van de percentages voor deze groepen kan men maken op grond van gegevens uit een gecombineerde chirurg-