

Ik geloof dat het goed zou zijn de uitdrukking *claudicatio intermittens*, die wel ingeburgerd is, toch als onjuist te laten vervallen, als we over patiënten spreken die BOONTJE en ook MINDERHOUD en OEN bedoelen. Zelf spreek ik al vele jaren, ook in lessen die ik geef, in deze gevallen van *dysbasia intermittens*.

*Literatuur:* BOONTJE, A. H. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1689. — MINDERHOUD, J. M. en TH. S. OEN (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 765. — PROOSDIJ, C. VAN (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1679.

Rotterdam, oktober 1977 S. A. TEN BOKKEL HUIJNINK

De reactie van collega TEN BOKKEL HUIJNINK getuigt van een grote nauwkeurigheid en een sterk gevoel voor de Nederlandse taal. Een en ander spreekt mij wel aan. Hoewel zijn uiteenzetting taalkundig gezien juist moge zijn, is het toch een utopie te veronderstellen, dat het begrip „*claudicatio intermittens*” dat over de gehele wereld in alle talen is ingeburgerd, vervangen zal kunnen worden door de uitdrukking „*dysbasia intermittens*”. Uit praktische overwegingen zou ik dan ook de voorkeur willen blijven geven aan de titel „*claudicatio intermittens*”.

Groningen, november 1977

A. H. BOONTJE

In zijn klinische les beschrijft A. H. BOONTJE (1977) enkele patiënten met *claudicatio intermittens*. Met dit in kwantitatief belang toenemende ziektebeeld wordt iedere (vaat)chirurg steeds vaker geconfronteerd, evenals de werkers in het eerste echelon.

Terecht wordt door collega BOONTJE met klem gewezen op het belang van de polspalpatie van de perifere arteriën. Het aanwezig zijn van krachtige pulsaties op een bepaald niveau sluit in het algemeen arteriële obstructies boven dit niveau uit. Het ontbreken van pulsaties pleit sterk voor obstructies proximaal van het gepalpeerde niveau.

In zijn proefschrift toont BRUYNINCKX (1976) aan dat de indruk dat een palpabele pols te zwak is, een onbetrouwbare maat is voor het al dan niet aanwezig zijn van arteriële obstructies. Betrouwbaarder informatie kan worden verkregen door Doppler-flow-meting (BUTH 1975; HYLKEMA 1976). Wanneer voorts nog drukmeting op verschillende niveaus wordt verricht, valt een arteriële obstructie goed te lokaliseren en de ernst ervan te peilen (BRUYNINCKX). In de overigens heldere les maakt collega BOONTJE helaas geen gewag van deze eenvoudige, weinig belastende en betrouwbare onderzoeksmethode. Tussen het onontbeerlijke directe onderzoek met de eigen zintuigen en het, belastender, angiografische onderzoek verdient het stellig een vaste plaats.

*Literatuur:* BOONTJE, A. H. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1689. — BRUYNINCKX, C. M. A. (1976) *Prae- en postoperatieve evaluatie van claudicatio intermittens met behulp van een Doppler-flow-meter*. Proefschrift Nijmegen. — BUTH, J. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 388. — HYLKEMA, B. S. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 733.

Eindhoven, oktober 1977

H. A. J. SMINK

Aan collega SMINK zou ik willen antwoorden dat hij wellicht de strekking van mijn klinische les niet geheel heeft begrepen. Ik heb hierin vooral willen wijzen op het belang van een nauwkeuriger anamnese. De diagnostische overwegingen

die hierbij opkomen, kunnen dan worden getoetst door het nagaan van de arteriële pulsaties.

Vooral de huisarts zal het met anamnese en klinisch onderzoek alleen moeten doen. Bovendien was het mij in de klinische les niet zozeer begonnen om de ernst van de doorbloedingsstoornissen aan te geven alswel om de differentiële diagnostiek te bespreken. Hiertoe wil ik u wijzen op de laatste zin van mijn artikel, waarin ik dit duidelijk stel.

Overigens is het collega SMINK ontgaan, dat ik in de derde alinea van de tweede kolom op bl. 1690 wel degelijk aanvullende onderzoeksmethoden heb genoemd. Er staat letterlijk „zonodig kan men de veneuze of de arteriële circulatie bepalen met onbloedige meetmethoden”. Ik wil er echter tenslotte op wijzen, dat naar mijn ervaring de ernst van een doorbloedingsstoornis niet zozeer wordt bepaald door de uitkomsten van het onbloedige meetonderzoek, maar vooral door de klinische verschijnselen. Slechte uitkomsten met het Doppler-onderzoek betekenen naar mijn ervaring niet altijd en per se dat zo'n patiënt klinisch gesproken een ernstige graad van ischemie aan de benen heeft.

Groningen, november 1977

A. H. BOONTJE

### *Koning Laïus leeft nog steeds, of een bijzondere vorm van het neurasthene syndroom*

Het artikel van GOUDSMIT (1977) heb ik met veel interesse gelezen. Zowel in de sociale psychiatrie in Drenthe als in de poliklinische psychiatrie te Franeker heb ik grote aantallen van deze patiënten behandeld.

Terecht is in het artikel veel aandacht besteed aan de ziekmakende factoren, maar verontrustend is dat bij de differentiële diagnose de term depressie niet wordt genoemd. Waarschijnlijk mede als gevolg daarvan vertoont de therapie een belangrijk hiaat en daar worden vele van deze patiënten de dupe van, zoals in de loop der jaren is gebleken.

Het neurasthene syndroom zoals GOUDSMIT beschrijft is een compleet depressief syndroom, dat behalve de psycho-sociale therapie farmacotherapie behoeft. Gebruik makend van alle mogelijkheden van de farmacotherapie zijn er bij deze patiënten dermate grote verbeteringen te bereiken dat ze weer een volwaardige partner kunnen worden in de psycho-sociale therapie. Sommige sociaal-psychiatrische problemen worden pas oplosbaar als patiënt via een goede farmacotherapie weer in zijn normale conditie is. De neiging om, als een depressief syndroom wat de oorzaken betreft wel duidelijk lijkt, of als duidelijk neurotische factoren een rol spelen, af te zien van farmacotherapie heeft vele patiënten ernstig benadeeld.

Uit het werk van VAN PRAAG (1976) kunnen we lezen hoe- ver we gevorderd zijn in het zoeken naar het verband tussen biochemische afwijkingen in cerebro en gedragsstoornissen. De antidepressieve farmacotherapie kan overschat worden, maar zoals we bij vele nieuwe verwijzingen zien is onderschatting regel met alle gevolgen van dien.

Diazepam, oxazepam, lozepam e.d. veroorzaken evenals het alcoholmisbruik nog al eens verslaving, terwijl de depressie uiteraard onverminderd blijft bestaan. Zeker bij de beschreven patiënten is een goede samenwerking tussen psycho-sociale therapie en farmacotherapie van het allergrootste belang.

*Literatuur:* GOUDSMIT (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1585. — PRAAG, H. M. VAN (1976) *Depressie en schizofrenie*.

Franeker, november 1977

L. J. VAN HIELE

Collega VAN HIELE is verontrust dat in mijn klinische les over een bijzondere vorm van het neurasthene syndroom bij de differentiële diagnose de term depressie niet werd genoemd. Ik heb deze term niet expliciet genoemd, omdat het eigenlijk vanzelf spreekt, dat bij patiënten met een massale afweer van agressieve gevoelens en seksuele impulsen, met gevoelens van angst en onmacht, insufficiëntiegevoelens alsmede verdrongen schuldgevoelens, de stemming in elk geval periodiek depressief zal zijn. Depressief moet hier zuiver als symptoom en niet als ziekte-eenheid gezien worden.

Onze ervaringen met antidepressiva bij deze patiënten zijn niet zodanig dat wij deze vorm van farmacotherapie apart hebben vermeld.

Een andere vraag is, of er niet bij een aantal patiënten sprake is van een verkapte vorm van een zogenaamde vitale depressie met neurastheniforme symptomen. Bij deze patiënten is behandeling met antidepressiva uiteraard geïndiceerd.

Groningen, november 1977

W. GOUDSMIT

### *Otitis media serosa van twee kanten bekeken*

In hun artikel schrijven GROTE en JANSEN (1977) dat bij een combinatie van otitis media serosa (OMS) en sinusitis een kaakspoeling meer effect heeft op de genezing van de OMS dan een adenotomie bij de combinatie van een adenotomie bij de combinatie van OMS en adenoïdvergroting. Van hun patiënten met een OMS had ca. 1/3 (153 patiënten) tevens een sinusitis en 1/3 (157 patiënten) tevens een adenoïdvergroting. De combinatie van OMS met zowel adenoïdvergroting als sinusitis blijkt erg klein te zijn (28 patiënten = 6%). Bij eveneens 1/3 (157 patiënten) wordt geen direct verband met andere aandoeningen gevonden. Bij deze laatste groep werden direct trommelvliesbuisjes aangelegd. Bij een adenoïdvergroting werd eerst adenotomie verricht en bij een sinusitis een kaakspoeling met een antibiotische kuur en neusdruppels. Gaf dit geen verbetering, dan werden alsnog buisjes aangelegd (resp. 76% in de 1e en 18% in de 2e groep).

De behandeling van de sinusitis lijkt dus therapeutisch voor OMS in een groot aantal gevallen waarbij tevens een sinusitis gevonden wordt. Dat één kaakspoeling, met antibiotische en decongestieve therapie, niet voldoende was, ondervond 35% van de éénmaal gespoelde kinderen. Het effect van de kaakspoeling alleen, dus zonder antibiotische en decongestieve therapie, is dus moeilijk te beoordelen en derhalve moeilijk te verdedigen, te meer daar de schrijvers de conservatieve therapie voor sinusitis (antibiotica, decongestiva, stomen en eventueel anti-histaminica) in het geheel niet betrekken in het therapeutische arsenaal.

Is het niet aanbevelenswaardig eerst een conservatieve therapie te proberen, alvorens een kaakspoeling te verrichten, of is de conservatieve behandeling in uw ogen obsoleet? Het verwondert me dat bij patiënten die niet genezen na 1 kaakspoeling, rigoreus doorgedaan wordt met kaakspoelen en tenslotte drainage, zonder dat onderzoek naar de etiologie wordt gedaan (bv. CARA of cystic fibrosis; bij de laatste ziekte is kaakspoelen door dunwandigheid van de sinus t.g.v. in de sinus opgehoopt slijm en poliepen geenszins een ongevaarlijke ingreep). Ook werd geen melding gemaakt van recidieven die zich bij één persoon tijdens de onderzochte periode voordeden, nl. bij kinderen die aanvankelijk na kaakspoelen genezen, hetgeen bij „CARA-kinderen” toch regelmatig voor

moet komen. Tenslotte lijkt het routinematig maken van sinusfoto's bij patiënten die slechts verdacht worden van OMS, zoals aangegeven wordt, een ontoelaatbaar teveel aan röntgenologisch onderzoek op te leveren, omdat maar 33% van de totale OMS-populatie een sinusitis blijkt te zijn.

*Literatuur:* GROTE, J. J. en J. B. J. JANSEN (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1262.

Heemskerk, oktober 1977

P. HARMSSEN

De brief van collega Harmsen geeft ons allereerst de gelegenheid om nog eens de negatieve invloed van de otitis media muco-serosa op de ontwikkeling van de patiëntjes naar voren te brengen. Wij zijn het daarom zeker niet eens met zijn formulering dat het gaat om „patiënten die slechts verdacht worden van OMS”. Door ons werd opgemerkt dat er een verband bestond tussen sinusitis maxillaris en OMS en dat een sanering van de sinusitis een gunstig effect had op de genezing van OMS. We zijn het met collega HARMSSEN eens dat conservatieve therapie (eerst alleen antibiotica en decongestiva) zeker in het therapeutische arsenaal voor sinusitis betrokken kan worden. Indien het echter gaat om patiëntjes met een langdurige, purulente rinorroe en duidelijke débris in de sinus maxillaris, is naar onze mening het verwijderen hiervan noodzakelijk voor een blijvende genezing. Zoals aangetoond, is zelfs met antibiotica en decongestiva in 23% van de gevallen nog een tweede kaakspoeling nodig en tenslotte bij 9% een derde kaakspoeling. Men zal zonder kaakspoeling in deze gevallen langdurig antibiotica moeten geven, of moeten accepteren dat een „snotneus nu eenmaal bij kinderen hoort” en dat „ze er wel overheen zullen groeien”. Naar onze mening geldt ook hier dat waar zich pus bevindt deze verwijderd moet worden.

Met de opmerking van collega HARMSSEN dat er verder onderzoek moet worden gedaan naar de etiologie van deze chronische sinusitis bij kinderen zijn wij het helemaal eens, maar dit viel buiten het door ons gedane onderzoek.

Ook wij zijn natuurlijk geïnteresseerd in het aantal recidieven van OMS na het door ons gevolgd beleid. Een nader onderzoek wordt hiertoe verricht en vooral het prospectieve onderzoek dat door ons is opgezet, zal hierover in de toekomst inlichtingen moeten geven. Alhoewel wij ons bewust zijn van het bezwaar van röntgenonderzoek, menen wij toch dat het nadeel hiervan niet opweegt tegen het instellen van een curatieve therapie voor een deel van de patiëntjes met OMS. Bovendien valt te verwachten dat bij een gerichter onderzoek een groter aantal kinderen met OMS eveneens een sinusitis blijkt te hebben. Een curatieve therapie verdient in deze gevallen de voorkeur boven het palliatief plaatsen van ventilatiebuisjes in het trommelvlies, waarbij dan de chronische ontsteking in de sinus maxillaris als focus blijft bestaan.

We zijn collega HARMSSEN dankbaar voor zijn opmerkingen, omdat deze des te meer illustreren dat het probleem van de OMS complex is en dat, wat betreft de etiologie, verschillende factoren een rol spelen (PAPARELLA 1976). Daarom zal de discussie over de therapie nog niet gesloten zijn. Van belang voor het kind is echter dat de diagnose OMS ernstig in overweging wordt genomen en vroegtijdig wordt herkend.

*Literatuur:* PAPARELLA, M. M. (1976) *Ann. Otol. (St. Louis)* 85, suppl. 25.

Oktober 1977

J. J. GROTE  
J. B. J. JANSEN