

Chirurgische behandeling van de veneuze insufficiëntie der benen

Met veel interesse en genoegen heb ik het artikel van collega DE JONG VAN COEVORDEN (1979) gelezen. Zelf voorstander van de chirurgische behandeling van de veneuze insufficiëntie der benen ben ik het voor een groot deel eens met zijn therapeutische benadering. De beschrijving van de operatieve techniek, zoals men die vindt in vrijwel alle leerboeken, munt uit door onvolledigheid. Mededelingen als: „vervolgens klieft men via aparte incisies de insufficiënte venae perforantes”, zijn schering en inslag. Ze hebben, tenzij men over een ruime ervaring beschikt, geen enkele waarde. Mijns inziens ligt in 'n zekere standaardisering van het onderzoek en de operatieve techniek de grote waarde van de publikatie van collega DE JONG VAN COEVORDEN. Toch meen ik dat op enkele punten een meer genuanceerd standpunt aangewezen is, terwijl sommige maatregelen zoals in de publikatie beschreven, zelfs geheel ter discussie gesteld dienen te worden.

In de paragraaf: „indicatiestelling operatieve correctie” wordt gesuggereerd dat de beschreven „uitgebreide” operatieve therapie geïndiceerd zou zijn in alle gevallen van posttrombotisch syndroom. Een deskundig uitgevoerd (ascenderend) flebografisch onderzoek leert ons dat in een klein percentage van deze gevallen in het geheel geen rekanalisatie blijkt opgetreden te zijn. Het oppervlakkig veneuze systeem kan in deze gevallen essentieel zijn voor een adequate afvoer. Naar mijn mening moet men zich in dergelijke gevallen beperken tot het klieven van de insufficiënte venae perforantes en lokale excisie van hinderlijke varikeuze convoluten. Aangemeten elastische kousen zullen vervolgens tevens aangewezen zijn. Enkele minder gelukkige ervaringen in het verleden noopten mij tot deze stellingname. Tot voor ca. 10 jaar handelde ik ongeveer op identieke wijze als door collega DE JONG VAN COEVORDEN beschreven.

Ook ik ben er van overtuigd dat de beschreven operatieve therapie bij voorkeur dient toegepast te worden in geval van thrombophlebitis van het vena saphena-stelsel. De ziekteduur wordt er aanmerkelijk door bekort. Doch ook hier is een pre-operatief flebogram geïndiceerd. Op een totaal van 22 onderzoeken in de laatste twee jaar werd aldus 2 maal een verse nog losliggende thrombus aangetoond in de vena poplitea en de vena femoralis superficialis. Uiteraard veranderde dit de therapeutische houding.

Ietwat laconiek wordt door schrijver het strippen van de vena saphena magna in geval van thrombophlebitis beschreven. De mededeling als zou de thrombus in het vat altijd eindigen op 1 à 2 cm van de inmonding van de vena femoralis kan ik logenstraffen met drie eigen ervaringen. De thrombus strekte zich in deze gevallen over een afstand van enkele centimeters uit tot in de vena femoralis. Hij was nog niet met de vaatwand verkleefd zodat er nog een goede passage voor het bloed overbleef. Klinisch waren er dan ook geen tekenen van diepe veneuze trombose.

Men dient de vena saphena magna op ca. 1 cm van de inmonding in de vena femoralis te openen alvorens hem te ligeren. Met een catheter volgens Fogarty kan men een dergelijke thrombus gemakkelijk verwijderen. Het is aan

te bevelen om dit deel van de operatie uit te voeren terwijl de patiënt in de zg. „anti-Trendelenburg-ligging” ligt.

In de paragraaf „operatietechniek”, krijgt men de indruk dat collega DE JONG VAN COEVORDEN het klaarspeelt om de hele vena saphena parva te verwijderen via een ca. 5 cm lange incisie een duimbreed mediaal van de middellijn en ter hoogte van de kuitspier. Technisch is dit onmogelijk. Strippen van het vat via een incisie achter de laterale malleolus en lateraal in de fossa poplitea lijkt me eenvoudiger en meer doeltreffend. Overigens ben ik het met de schrijver eens dat de vena saphena vrijwel altijd betrokken dient te worden in het operatieve gebeuren. Vooral het percentage vroege recidieven lijkt hierdoor gedrukt te worden.

Een groot vraagteken wil ik vervolgens zetten bij de zes dagen bedrust postoperatief. Een goed aangelegd drukkend verband (of zwachtel) beschermt de wondgenezing mijns inziens voldoende. Mobilisatie activeert bovendien de spierpompwerking, een voorwaarde sine qua non voor een goede veneuze functie.

De mededeling dat de schrijver slechts 0,03% trombose constateerde aan het geopereerde been, imponeert mij niet. We weten uit vrij recente publikaties aangaande dit onderwerp dat deze complicatie vele malen vaker voorkomt dan de klinische verschijnselen doen vermoeden. Een dergelijke bewering mag alleen gedaan worden als zij geschraagd wordt door een goed objectief onderzoek, bijvoorbeeld een routine-flebografie postoperatief.

Eindigend wil ik toch mijn waardering uitspreken en collega DE JONG VAN COEVORDEN geluk wensen met zijn prachtige resultaat gezien het geringe aantal recidieven.

Literatuur: JONG VAN COEVORDEN, J. S. DE (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1067.

Sluiskil, juli 1979

G. M. J. WIDDERSHOVEN

Dyslexie

Naar aanleiding van het heldere en compacte overzicht van collega ANSINK (1979) wil ik enkele aanvullende opmerkingen maken.

In de beschouwing „Alexie versus ontwikkelingsdyslexie” definieert ANSINK ontwikkelingsdyslexie neurologisch als een „defect” in sequentieel functioneren, min of meer identiek aan simultane agnosie, waarbij opvolging van verscheidene prikkels in een beperkt tijdsbestek, of gelijktijdig, niet tot synthese leidt. Een stoornis die specifiek is voor de geschreven taal. „Anatomische en functionele lokalisatie in cerebro is hypothetisch”. Kenmerkende anomalieën in EEG en computertomogram zijn niet gevonden.

Onlangs is door DUFFY e.a. (1979) (Seizure Unit, Children's Hospital, Boston) een nieuwe methode ontwikkeld voor het afbeelden van „multiple evoked potentials” als een functioneel computertomogram: Brain electrical activity mapping (BEAM) genoemd. Hiermee is onder andere een studie van dyslectische kinderen gemaakt. In het voorlopige verslag wordt melding gemaakt van afwezigheid van alfa-suppressie over de linker hemisfeer bij het luisteren naar gesproken taal bij dyslectische kinderen, wat niet