

Tendovaginitis crepitans van de musculus tibialis anterior na schaatsen

J. C. VAN MEURS, MED. DRS. TE LEIDEN, EN DR. A. J. VAN MEURS, HUISARTS TE 'S-GRAVENHAGE

Een gezonde 24-jarige rugbyspeler kreeg op 2 januari 1979 pijn aan de voorzijde van zijn linker onderbeen, lateraal van de tibia. De pijn deed denken aan die van een verrekte spier. Van 2 t.m. 7 januari schaatste hij elke dag 30 tot 70 km op hoge noren. Op 5 januari trok de pijn na de nachtrust niet meer weg; bij strekken en heffen van de voet nam de pijn toe.

Bij onderzoek op 8 januari zagen wij een iets warme, enigszins rode drukpijnlijke gezwollen plek van de malleolus externus af tot 20 cm daarboven. Er was „pitting edema” in het midden van dit gebied. Beiderzijds waren de inguinale lymfklieren voelbaar maar niet pijnlijk. Er was een wondje op de derde teen van de linkervoet en beiderzijds had patiënt kloofjes tussen de tenen. Wij dachten aan een „low grade cellulitis”. Patiënt kreeg hiervoor tot 15 januari 4 maal daags 250 mg penicilline V per os. Hij hield tijdelijk op met schaatsen en trainen, maar hield verder geen rust. Toen de dooi inviel was de aandoening over.

Bij onderzoek op 14 januari was de roodheid verdwenen; de pijn was verminderd evenals de drukpijn; het oedeem was nog aanwezig. De zwelling was thans scherp begrensd boven de schede van de pees van de M. tibialis anterior. Tevens voelden wij deze pees van boven het retinaculum extensorum pedis superius tot 11 cm boven de malleolus externus bij bewegen van de voet crepiteren. Dit bestond reeds 3 dagen. Onze diagnose was thans: tendovaginitis crepitans van de pees van de M. tibialis anterior sinister, waarschijnlijk ten gevolge van de plotselinge schaatsinspanningen.

De peesschede loopt van iets onder de enkel tot ruim boven de bovenkant van het retinaculum extensorum pedis superius (MCGREGOR 1969; LEWIS 1974).

Bij schaatsers van de kernploeg die in mei met de training beginnen, komt deze aandoening in september wel voor; ook met periostitis (dr. F. A. J. ENSCHEDE; persoonlijke mededeling). In de literatuur, noch in de systematische catalogus van het Medisch Pharmaceutisch Leesmusem werd een tendinitis van deze pees beschreven. HOHMANN e.a. (1961) vermelden: Auch eine Tendovaginitis des M. tibialis anterior ist schon falschlicherweise diagnostiziert worden (nl. „statt Malazie des naviculare oder KÖHLER I”, met andere woorden aan het distale einde van de pees). LEWIS (1974) vermeldt alleen de posterior tibial tenosynovitis.

De aandoening kan de schaatserstendovaginitis worden genoemd.

LITERATUUR

- HOHMANN, G., M. HACKENBRUCH EN K. LINDEMANN (1961) *Handbuch der Orthopädie*, deel IV, bl. 948. Thieme, Stuttgart.
- LEWIS, D. J. (1974) *Lewis' practice of surgery. Tendons*. Hfdst. 13, bl. 24. Harper and Row, Hagerstown.
- MCGREGOR, A. L. EN D. J. DU PLESSIS (1969) *A synopsis of surgical anatomy*, bl. 260. Ride, Bristol.

Januari 1979 ontvangen

April 1979 voor publikatie aanvaard

De functie van de musculus tibialis anterior

B. VAN LINGE, TE ROTTERDAM

De musculus tibialis anterior is behalve dorsale buiger van de voet ook heffer van het mediale voetgewelf. Bij het lopen wordt tijdens de standfase onregelmatige activiteit van de M. tibialis anterior waargenomen, die verdwijnt zodra het evenwicht van de persoon op andere wijze wordt verzekerd. De M. tibialis anterior is dus zeer belangrijk voor het bewaren van het evenwicht, maar tijdens lopen op ge-

plaveide grond is men zich dat niet bewust. Het werk dat de M. tibialis anterior tijdens het schaatsen moet verrichten opdat men het evenwicht bewaart, is door het smalle steunvlak vele malen groter dan bij lopen. Velen kennen uit eigen ervaring de excessieve vermoeidheid en soms zelfs pijn in de M. tibialis anterior na het eerste rondje schaatsen in het nieuwe seizoen. Hoe hoger de schaats des te meer wordt van de M.

tibialis anterior gevegd; een lage schaats zou voor een lange toertocht dan ook minder vermoeiend zijn dan een hoge. De aandoening is overigens niet zó zeldzaam. O'DONOGHUE (1970) schrijft dat tendovaginitis in het gebied van de enkel zeer vaak voorkomt en hij noemt daarbij de M. tibialis anterior met name.

LITERATUUR

O'DONOGHUE, D. H. (1970) *Treatment of injuries to athletes*, bl. 618. 2e druk. Saunders, Philadelphia.

April 1979

Bestrijding van plotselinge circulatiestilstand buiten het ziekenhuis; maar hoe verder?

V. MANGER CATS, CARDIOLOOG TE AMSTERDAM

In het decembernummer van het *Hart Bulletin* bespreekt de medisch directeur van de Nederlandse Hartstichting het probleem van de plotselinge circulatiestilstand buiten het ziekenhuis (DEKKER 1978). Hij schat dat buiten het ziekenhuis jaarlijks ongeveer 10.000 Nederlanders plotseling of binnen 15 minuten na het optreden van verschijnselen overlijden. Ondanks een toeneming van het aantal hartbewakings-eenheden en ambulances met defibrillatoren is deze plotselinge sterfte buiten het ziekenhuis de laatste jaren niet duidelijk afgenomen. Vervolgens wordt als voorbeeld Seattle (V.S.) genoemd, waar in enkele jaren een vijfde deel van de bevolking een cursus reanimatie volgde; DEKKER stelt verder dat „circa 60% van degenen bij wie de reanimatie binnen de minuut werd begonnen” later levend het ziekenhuis kan verlaten. Hij voorziet een stormachtige groei van het aantal reanimatiecursussen en biedt de diensten van de Nederlandse Hartstichting aan voor coördinatie van deze activiteiten.

Mijns inziens moeten een aantal kanttekeningen worden geplaatst bij deze ontwikkeling: In de eerste plaats wordt de suggestie gewekt dat een hoog percentage (60%) van de patiënten die buiten het ziekenhuis een circulatiestilstand krijgen en bij wie reanimatie wordt toegepast, later ook levend het ziekenhuis kan verlaten. Dit is niet in overeenstemming met de ervaringen die in het buitenland zijn opgedaan. COBB e.a. (1975) vermelden dat in het derde en vierde jaar van het reanimatieprogramma in Seattle 23% van de patiënten bij wie buiten het ziekenhuis werd begonnen met de reanimatie, later levend het ziekenhuis verliet. In 1977 (COBB e.a.) was dit percentage niet veranderd.

In Oslo konden 70 van de 631 (11%) buiten het ziekenhuis gereanimeerde patiënten het ziekenhuis levend verlaten (LUND en SKULBERG 1976). In Miami konden 42 van de 301 (14%) buiten het ziekenhuis gereanimeerde patiënten het ziekenhuis levend verlaten (NAGEL e.a. 1975). In Milwaukee kon 17% van de buiten het ziekenhuis gereanimeerden levend het ziekenhuis verlaten (BONCHEK e.a. 1977) en in De-

troit 10% (GOLDSTEIN e.a. 1977). Men moet hierbij bedenken dat deze percentages overlevenden betrekking hebben op het aantal gemelde patiënten. Doordat een onbekend aantal patiënten met plotselinge circulatiestilstand niet wordt gemeld ligt het percentage geslaagde reanimaties in werkelijkheid nog lager.

Door alle auteurs wordt er de nadruk op gelegd dat het slagen van de behandeling afhangt van de snelheid waarmee wordt begonnen met de reanimatie en de technische vaardigheid waarmee ze wordt uitgevoerd. Maar zelfs als alle Nederlanders worden opgeleid in reanimatietechnieken, dan zal het succes hiervan worden beperkt doordat circa 20% van de gevallen van plotselinge hartstilstand plaatsvindt zonder dat er iemand anders aanwezig is of 's nachts (BIÖRCK en WIKLAND 1972; ROMO 1972); verder zal niet altijd binnen vijf minuten een goede reanimatie begonnen kunnen worden en tenslotte zijn voor een geslaagde reanimatie en de alarmering minstens twee personen nodig.

Een tweede punt dat in het *Hart Bulletin* niet ter sprake kwam is het volgende: Het merendeel van de patiënten met acute hartstilstand heeft weliswaar een uitgesproken vorm van coronarialijden, maar het kamerefibrilleren wordt bij minder dan de helft van de overlevende patiënten veroorzaakt door een myocardinfarct. Het percentage patiënten bij wie myocardnecrose kan worden aangetoond, hangt gedeeltelijk af van de gebruikte methode en ligt tussen 25 en 38 (NAGEL e.a. 1975; COBB e.a. 1977; GOLDSTEIN e.a. 1977). Uit na-onderzoek blijkt dat patiënten bij wie de eerste episode van circulatiestilstand niet gepaard ging met myocardnecrose, een significant grotere kans hebben op een recidiverende aanval van circulatiestilstand dan de groep patiënten die een myocardinfarct doormaakten (COBB e.a. 1975). Het totale sterftepercentage in deze groep is na één jaar 27 en 36 na twee jaar (COBB e.a. 1977).

Een derde opmerking is dat een niet geslaagde reanimatiepoging meer schuldgevoel kan achterlaten bij degene(n) die haar uitvoerde(n) dan een die ach-