

Necrotiserende fasciitis

Naar aanleiding van de mededeling van CIRKEL (1980) wil ik enkele punten van het ziektebeeld extra naar voren halen, en wel aan de hand van de volgende door ons geobserveerde patiënten.

Het beloop kan ook fulminant zijn, waarbij de huidverschijnselen met het uur toenemen, zoals bij onze patiënt A, een 85-jarige man, vrijwel hersteld van decompensatio cordis, die een gezwollen, pijnlijke, warme, rode pols kreeg; binnen 24 uur was de gehele arm rood, sterk gezwollen met blauwe vlekken en samenvloeiende blaren, zodat de huid voor grote gedeelten in lappen losliet. Hij overleed na 26 uur aan coronairtrombose. Uit het blaarvocht werd *Staphylococcus aureus* gekweekt.

Het beloop kan ook weken sluimerend, en dan plotseling fulminant zijn, zoals bij patiënt B, een 56-jarige man, die gedurende 10 dagen in wisselende mate een pijnlijke, rode, gezwollen linker schouder en rechter pols had met temperatuur tot 39°C. De afwijkingen namen plotseling toe, en toen hij werd opgenomen, waren aan de linker zijde, arm, romphelft, bil, alsmede bovenbeen gezwollen en rood verkleurd, en aan de rechter zijde waren arm en knie gezwollen en rood verkleurd, en de elleboog was paars. Ondanks intensieve bestrijding van shock en toediening van antibiotica kwamen er zienderogen paars-blauwe vlekken bij en liet de huid in lappen los; hij overleed binnen 24 uur. Uit de neus en uit het bloed werd *Staphylococcus aureus* gekweekt.

De uitbreiding van de ontsteking kan zeer groot zijn; bij patiënt B was deze, behalve subcutaan, ook in het bindweefsel rondom de spieren van beide armen, van linker pectoralis major en minor, links supraclaviculair, linker nates en linker psoas. Bij patiënte C, een 63-jarige diabetica, binnen 24 uur na het ontstaan van de verschijnselen overleden, reikte de ontsteking retroperitoneaal tot het diafragma, hoewel de klinische afwijkingen tot het linker been en de linker lies beperkt waren. Uit het bloed, het blaarvocht en de urine werd *E. coli* gekweekt.

Het onderzoek met de knopsonde werd bij de volgende drie patiënten toegepast.

Patiënte D, een 76-jarige, dikke vrouw met statisch oedeem had sinds twee dagen een rood rechter been met koude rillingen. Toen zij werd opgenomen, was het rechter been tot de knie rood gekleurd, niet scherp begrensd met blaarvorming halverwege het onderbeen. Via een kleine incisie enkele centimeters boven de blaar werd de knopsonde door de huid subcutaan gebracht. Tot onze verbazing was de sonde zonder enige moeite in het horizontale vlak over vrijwel de gehele lengte van de sonde onder de huid te bewegen. Dit is alleen mogelijk wanneer er subcutane necrose is (WILSON 1952), zoals bij necrotiserende fasciitis. Bij subcutane ontstekingen, die niet gepaard gaan met necrose, is dit niet mogelijk. Gezien de sterke linksverschuiving (65%) bij een normaal aantal leukocyten ($7,6 \times 10^9/l$), onze slechte ervaringen bij de patiënten A en B en de dringende adviezen in de literatuur (o.m. COLLINS en NADEL 1965; STRASBERG en SILVER 1968) lieten wij patiënte opereren, ondanks de matig zieke indruk, de maar licht verhoogde temperatuur (38°C) en de reeds intraveneus toegediende antibiotica. Een dag later werd door collega DE MOS, chirurg, een incisie zowel lateraal als mediaal gemaakt van enkel tot knie: „Direct onder de epidermis

wordt proximaal in het onderbeen pus aangetroffen . . . Het subcutane vet, gelegen tussen de epidermis tot halverwege de subcutis, is verweekt en necrotisch. In dit niveau worden vele getromboseerde vaten gezien. Het dieper gelegen subcutane vet toont ook geen goed aspect, doch bij verwijderen hiervan komen op diverse plaatsen bloedende vaatjes tevoorschijn. De spierfascie zelf is niet aangedaan. De aangedane huid en de subcutisdelen zijn te onderscheiden doordat deze met de vingers vrij gemakkelijk zijn te ondermijnen, hetgeen ook zoveel mogelijk geschiedt, met name tot aan die plaatsen, waar de fixatie van de subcutis op de spierfascie duidelijk veel beter wordt . . .” De zeer uitgebreide afwijkingen doen er aan twifelen of zonder deze ingreep herstel bereikt had kunnen worden. Patiënte onderging een maand later huidtransplantatie, en herstelde tenslotte geheel. Uit het blaarvocht, uit het vocht van de knopsonde en uit het materiaal van de diep gelegen delen van de subcutis tijdens operatie verkregen, werd *E. Coli* gekweekt; de bloedkweken waren steriel.

Patiënte E, een 55-jarige diabetica, was thuis drie weken met amoxicilline en erytromycine behandeld voor wisselende roodheid en zwelling van het been, gepaard gaande met koude rillingen. Toen zij opgenomen werd, waren onder en boven de knie rode, pijnlijke, onscherp begrensde plekken met daarin wat minder rode gebieden. Via een kleine incisie werd een knopsonde subcutaan gebracht. Deze was gemakkelijk in het horizontale vlak in alle richtingen te bewegen, maar slechts over enkele centimeters, en, in tegenstelling tot de vorige patiënt, was dit zeer pijnlijk. Gezien de matig zieke indruk en de normale temperatuur werd besloten haar conservatief te behandelen, ondanks de linksverschuiving (23%) bij een normaal aantal leukocyten. Grampreparaat en kweek van de knopsonde waren negatief. Met antibiotica was patiënt in 14 dagen hersteld. Waarschijnlijk hebben we hier te maken gehad met een beginnende necrotiserende fasciitis.

Patiënte F, een 77-jarige vrouw, ingezonden wegens collapsen, had onscherp begrensde roodheid van het rechter onderbeen, dat warm en drukpijnlijk was. De temperatuur bedroeg 38,7°C. De knopsonde via een kleine incisie door de huid subcutaan gebracht, was in geen enkele richting onder de huid te bewegen. De dermatoloog, collega SOEL, stelde de diagnose op dermatitis zonder nadere specificatie. De koorts moest worden toegeschreven aan exacerbatie van chronische bronchitis.

De diagnose wordt gemist door onbekendheid met het ziektebeeld. Daarom is het toe te juichen dat dit beeld nu ook via de Nederlandse literatuur onder de aandacht wordt gebracht. Bij onze eerste patiënt werd de diagnose pas na literatuurstudie vermoed. Bij onze tweede patiënte kon vervolgens de diagnose tijdens het leven worden gesteld. De patholoog-anatoom, die deze patiënten obduceerde, herkende het beeld op het eerste gezicht bij patiënte C, die van een andere afdeling kwam.

Bij de patiënte van CIRKEL werd de diagnose bij necrotomie gesteld, en, naar ik vermoed, eveneens na literatuurstudie, hoewel blaren en blauw-zwarte vlekken niet tot het beeld van erysipelas behoren. Daarom wordt op onze afdeling atypische of ernstige erysipelas als necrotiserende fasciitis beschouwd, totdat het tegendeel bewezen is. Het onderzoek met de knopsonde kan daarbij goede diensten bewijzen, zoals uit het voorgaande blijkt. De huidverschijnselen zijn secundair aan ontsteking van de subcutis.

Een huidbiopt, waarover auteur schrijft, brengt ons daarom niet veel verder. De ontsteking begint in het onderste gedeelte van het subcutane bindweefsel, terwijl het vet aanvankelijk vrij blijft.

De term fasciitis, letterlijk: ontsteking van de fascie, kan verwarring geven, omdat aan fascie verschillende betekenissen worden gehecht. In ons land en in de Duitssprekende landen verstaat men onder fascie het stugge bindweefsel dat de spier omgeeft. In de Engelssprekende landen onderscheidt men een oppervlakkige en een diepe fascie. De diepe fascie komt overeen met „onze” fascie; de oppervlakkige fascie is het losmazige bindweefsel van de subcutis, dat opgevuld is met vet (CUNNINGHAM 1907; SINCLAIR 1968). Met fasciitis nu wordt ontsteking van de oppervlakkige fascie aangeduid, en niet, zoals men zou denken en zoals ook CIRKEL dacht, van „onze” diepe fascie.

Fasciitis is dus ontsteking van losmazig bindweefsel, dat subcutaan is gelegen. De gangbare termen voor ontsteking van losmazig bindweefsel zijn, zoals bekend, flegmone in de Duitssprekende landen alsmede in ons land en cellulitis in de Engelssprekende landen. Letterlijk genomen zijn fasciitis en subcutane flegmone dus verschillende termen voor een zelfde ontsteking. Gezien de merkwaardige klinische aspecten, zoals de niet scherp begrensde roodheid, de blaarvorming, de blauwe en zwarte vlekjes en de in lappen loslatende huid, is het zinvol deze speciale vorm van subcutane flegmone aan te duiden met de term necrotiserende fasciitis.

Literatuur: CIRKEL, P. K. S. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 154. – COLLINS, R. N. en M. S. NADEL (1965) *New Engl. J. Med.* 272, 578. – CUNNINGHAM, D. J. (1907) *Manual of practical anatomy I*, bl. 2 en 7. – SINCLAIR, D. C. (1968) *A companion to medical studies I*, 19, bl. 3. – STRASBERG, S. M. en M. S. SILVER (1968) *Amer. J. Surg.* 115, 763. – WILSON, B. (1952) *Amer. Surgeon* 18, 416.

Den Haag, maart 1980

F. KALSBECK

Gaarne dank ik collega KALSBECK voor zijn uitgebreide reactie en leezame opmerkingen naar aanleiding van de door hem geobserveerde patiënten. De verschillende betekenissen van het begrip fascie waren mij niet bekend. Het is jammer dat de klinische gegevens van de door collega KALSBECK beschreven patiënten soms zo summier zijn dat men zou kunnen twijfelen aan de juistheid van de diagnose necrotiserende fasciitis (patiënten 3 en 5). De reden van vermelding van de ziektegeschiedenis van patiënt 6 is mij niet duidelijk, tenzij het de bedoeling was aan te geven dat door het „negatief” uitvallen van het onderzoek met de knopsonde de diagnose necrotiserende fasciitis verworpen werd. Het lijkt mij een goed beleid om iedere atypische of ernstige erysipelas als necrotiserende fasciitis te beschouwen totdat het tegendeel (met behulp van het onderzoek met de knopsonde) bewezen is, waarbij bedacht moet worden dat blaarvorming niet zo zelden ook bij erysipelas gezien wordt. Een huidbiopt toont een niet specifiek beeld en is daarom inderdaad voor het stellen van de diagnose niet van belang.

Graag maak ik van de gelegenheid gebruik voor een correctie: de tussen haakjes geplaatste opmerking „er werd niet op anaërobe micro-organismen gekweekt” op bl. 155, 2e kolom, 9e en 10e regel, had aan het eind van de voorafgaande zin moeten staan, omdat uit het bloed wel op anaëroben gekweekt werd, zoals prof. dr. D. M. MACLAREN (hoofd afdeling klinische bacteriologie, Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit) terecht opmerkte.

Tenslotte wil ik er met nadruk op wijzen dat het zeker niet de bedoeling van mijn mededeling was om een conservatieve behandeling bij necrotiserende fasciitis aan te bevelen. Indien de diagnose necrotiserende fasciitis gesteld is, dient de patiënt aan de chirurg voorgesteld te worden, waarna de behandeling in overleg kan plaatsvinden.

Amsterdam, april 1980

P. K. S. CIRKEL

Prolactinoom

Bij de klinische les van VAN LEUSDEN en BOUJ (1980) zouden wij gaarne een aanvullende opmerking willen maken over de mogelijkheden tot chirurgische behandeling van micro-prolactinomen. Zij schrijven: „... de consequentie van de neurochirurgische ingreep zou immers levenslange substitutie kunnen inhouden, omdat niet steeds te vermijden is, dat met het prolactinoom de overige endocriene activiteit van de hypofyse wordt weggenomen.” Uit de volgende zin blijkt, dat men waarschijnlijk doelt op een hypofysectomie. Er zijn in de laatste jaren diverse publikaties verschenen over de transnasale micro-adenomectomie, waarbij, volgens de oorspronkelijk reeds in 1969 door HARDY aangegeven methode, het micro-adenoom selectief onder het operatiemicroscop verwijderd kan worden en waarbij de functie van de klier tot in 90% van de gevallen volledig behouden blijft (HARDY e.a. 1978; TINDALL e.a. 1978; WILSON en DEMPSEY 1978; DEROME e.a. 1979; POST e.a. 1979; ZERVAS en MARTIN 1980).

Voor de in de klinische les beschreven, reeds zwangere patiënte met gezichtsvelduitval zou een computertomogram van de schedel te overwegen zijn geweest. Dat het bij een onverhoopt noodzakelijke neurochirurgische ingreep op een hypofysectomie zou zijn uitgelopen, lijkt ons allerm minst zeker. Wij kunnen ons met de gevolgde beleidslinje verenigen, doch zouden er de nadruk op willen leggen dat het hier een uitzonderingssituatie betrof, te weten een anatomisch niet aangetoond prolactinoom met verschijnselen van expansie in een zwangerschap.

Bij een hyperprolactinemie en een röntgenologisch normale sella verdient behandeling met bromocriptine (Parlodol) de voorkeur. Bij verhoogde prolactinespiegels en een asymmetrische sella is een micro-chirurgische behandeling geïndiceerd, vooral als zwangerschap gewenst is, omdat er gedurende de graviditeit een reëel gevaar bestaat voor een snelle toename in grootte van het adenoom. Hierop werd reeds eerder in dit tijdschrift gewezen.

Micro-chirurgische adenomectomie leidt bij ca. driekwart van de geopereerde vrouwelijke patiënten tot een terugkeer van de menses en bij meer dan de helft tot een normale vruchtbaarheid zonder verdere medicatie. Weliswaar keert niet altijd het prolactine-gehalte terug tot normale waarden, doch desgewenst geeft aanvullende behandeling met bromocriptine in dat geval meestal voldoende effect. Nabestraling wordt bij micro-prolactinomen niet aanbevolen. Bij grotere prolactinomen behoudt postoperatieve bestraling haar waarde. Ook micro-adenomen in het kader van acromegalie, morbus Cushing en het syndroom van Nelson kunnen op deze wijze effectief behandeld worden (o.a. WILSON en DEMPSEY 1978; LAWS e.a. 1979). Grotere hypofysetumoren, mits niet invasief van karakter of sterk asymmetrisch, kunnen langs transnasale weg met minimale belasting voor de patiënt worden verwijderd. Een bespreking van verdere indicaties tot deze ingreep bijv. bij voortgeschreden gemetastaseerd mamma- en prostaatcarcinoom (TINDALL e.a. 1979; KÜNIG en