

# INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

## De klinische betekenis van een verhoogd mean corpuscular volume

Het artikel van DEN OTTOLANDER c.s. (1980), dat in het algemeen gaat over de klinische betekenis van het verhoogde MCV, zou aanvulling verdienen met gegevens over de betekenis van het MCV bij verscheidene hematologische afwijkingen bij kinderen.

Een markant voorbeeld hiervan is de rode-celaplasie bij jonge kinderen. Een laag MCV ( $< 85$  fl) pleit voor een gunstige prognose en een goede kans op spontaan herstel; in deze gevallen heeft men te doen met een „transient erythroblastopenia of childhood” (WANG en MENTZER 1976). Een hoog MCV is daarentegen prognostisch ongunstig en wijst meer in de richting van een congenitale hypoplastische anemie (MILLER 1978). Deze waarnemingen hebben wij bij verscheidene patiënten kunnen bevestigen.

*Literatuur:* MILLER, D. R. (1978) In: D. R. MILLER e.a., *Smith's blood diseases of infancy and childhood*, bl. 230, 4e druk. Mosby, Saint Louis. – OTTOLANDER, G. J. DEN, F. C. BREEDVELD, J. F. VAN DER BURGH e.a. (1980) *Ned. T. Geneesk. 124*, 228. – WANG, W. C. en W. C. MENTZER (1976) *J. Pediat. 88*, 784.

Nijmegen, februari 1980

C. G. VAN OOSTROM  
E. D. A. M. SCHRETLEN  
G. A. M. DE VAAN

Met veel genoegen heb ik het artikel van DEN OTTOLANDER e.a. (1980) gelezen. Duidelijk komt hierin het praktische belang van deze eenvoudig en snel te bepalen erytrocytenparameter naar voren. Mogelijk kunnen enige aanvullingen dit belang onderstrepen:

1. Bepaling van de LHD-iso-enzymen verhoogt de waarde van de bepaling van de LDH-activiteit in serum bij macrocytose. Een verhoging van de 1e en 2e fractie ( $I > 2$ ) maakt het waarschijnlijk dat de macrocytose het gevolg is van megaloblastaire veranderingen in het beenmerg, terwijl een verhoging van andere fracties vrijwel uitsluit, dat de verhoogde LDH-activiteit het gevolg is van megaloblastaire verandering (WERRE en VOGTEN 1974). Een voorbeeld moge dit verduidelijken: onlangs zagen wij een patiënt met een gemetastaseerd bronchuscarcinoom, bij wie een macrocytaire anemie en een verhoogde LDH-activiteit in het serum ten gevolge van een toename van de 1e en 2e fractie ( $I > 2$ ) werden geweten aan het neoplasma. De diagnose vitamine B<sub>12</sub>-tekort werd gesteld (beenmerg: megaloblastair, serum B<sub>12</sub>: 25 pmol/l, Schilling-test 1%). Tijdens therapie met vitamine B<sub>12</sub> verdween de macrocytose en werd de LHD-activiteit normaal.

2. Ook toename van het MCV in het „normale” gebied kan betekenis hebben. Kort geleden zagen wij een patiënte bij wie tijdens therapie voor ijzeregebrek het MCV tot een hoog normale waarde steeg, waarna een tekort aan vitamine B<sub>12</sub> kon worden aangetoond (serum B<sub>12</sub>: 65 pmol/l, Schilling-test 1%); tijdens therapie met vitamine B<sub>12</sub> daalde het MCV. Ook konden wij bij een patiënte tijdens een ziekenhuisopname aantonen, dat het langzaam stijgen van het MCV in het normale gebied het gevolg was van onvoldoende toevoer van foliumzuur.

3. Of een tekort aan vitamine B<sub>12</sub> of foliumzuur vaak

oorzaak is van de macrocytose die gevonden kan worden bij hypothyreoïdie is voor mij een vraag. Onbehandelde hypothyreoïdie per se kan waarschijnlijk ook aanleiding geven tot een verhoging van het MCV. Interessant in dit verband is dat het omgekeerde – een verlaging van het MCV bij onbehandelde hyperthyreoïdie – veelvuldig wordt waargenomen (How e.a. 1979).

Een even goed overzicht, getiteld „De klinische betekenis van een verlaagd mean corpuscular volume” zie ik met belangstelling tegemoet.

*Literatuur:* How, J., R. J. L. DAVIDSON en P. D. BEWSHER (1979) *Scand. J. Haematol. 23*, 323. – OTTOLANDER, G. J. DEN, F. C. BREEDVELD, J. F. VAN DER BURGH e.a. (1980) *Ned. T. Geneesk. 124*, 228. – WERRE, J. M. en A. J. M. VOGTEN (1974) Voordracht Nederlandse Vereniging voor Haematologie.

Arnhem, maart 1980

J. M. WERRE

## Een zwelling in de hals

De voortreffelijke klinische les van prof. SCHMIDT (1980) heeft mij zo zeer geboeid, dat ik uitgebreid het artikel heb bestudeerd, waardoor mij enkele zaken opvielen, die ik van commentaar wil voorzien. Ik ben het eens met de schrijver, dat zwellingen in de hals, die de verdenking geven op een metastase in de eerste plaats naar de KNO-arts dienen te worden verwezen.

Maar nu mijn opmerkingen:

1. In de casus-bespreking zegt prof. SCHMIDT, dat de huisarts, ondanks dat patiënt niet weer op het spreekuur verscheen, hem opzocht en daardoor naar de internist kon verwijzen. Hij noemt de huisarts „een (goede!) huisarts”. Ik heb hier toch bedenkingen tegen. De schrijver gaat ervan uit, dat de arts volledig verantwoordelijk is voor het wel en wee van een patiënt. Dit past misschien wel in een eng-medisch model, maar niet in het hulpverleningsmodel, waarin vele huisartsen proberen hun werk te doen.

In dit model gaat de arts ervan uit, dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor zijn lichamelijk en psychisch functioneren. Als er bepaalde moeilijkheden zijn, kan de patiënt om hulp vragen en wil de huisarts samen met de patiënt een oplossing proberen te zoeken. De huisarts is dus geen al-weter, maar poogt *samen* met de patiënt het dysfunctioneren op te heffen. Dit vergt wel een bepaalde attitude van de huisarts, waarbij vooral in het eerste gesprek de patiënt moet worden uitgelegd wat er aan de hand is. De huisarts had in het onderhavige geval, toen hij de klier had onderzocht, duidelijk moeten maken, dat patiënt een niet te duiden klierzwelling had, waarvan hij in eerste instantie het gevoel had, dat het een ontsteking was, maar dat er ook andere oorzaken achter konden steken. De gedachte dat de huisarts „er toch blijkbaar niets aan kon doen” zou dan niet bij de patiënt zijn opgekomen. Hij was zeker weer naar het spreekuur gekomen en de huisarts had niet als een agent de patiënt weer hoeven op te sporen.

Over dit hulpverleningsmodel en de consequenties daarvan heb ik onlangs uitgebreid geschreven in mijn proefschrift (Post 1980). Ik wijs er dus op, dat het nog dubieus mag worden genoemd, dat prof. SCHMIDT die deze huisarts als een goede huisarts betitelt, wel gelijk heeft.

2. In deze klinische les viel me ook weer op, hoe waar de stelling is die VERHULST (1972) poneert: dat in vele gevallen de prognose van een ziekte niet afhankelijk is van de ziekte zelf, maar van de geneesheer die de patiënt behandelt. Was deze huisarts op de hoogte geweest van het feit, dat halsklierzwellingen die niet reageren op antibiotische therapie en dus verdacht moeten worden van maligniteit in meer dan 50% van de gevallen op het gebied van de KNO-arts liggen, dan was patiënt eerder naar de KNO-arts verwezen en zou dit twee maanden hebben geschied in het tijdstip van behandelen.

Het is goed, dat door klinische lessen als deze, wij als huisartsen telkens maar weer worden bijgeschoold.

*Literatuur:* POST, D. (1980) *De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten*. Stafleu, Alphen aan den Rijn. – SCHMIDT, P. H. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 810. – VERHULST, J. (1972) *Pokerspel geneeskunst*. Nederlandse Boekhandel, Utrecht.

Wezep, mei 1980

D. POST

Naar mijn ervaring blijken vele patiënten een gesprek over hun lijden op hun eigen manier uit te leggen en soms zelfs geheel of gedeeltelijk te vergeten. Dit is vooral het geval indien de mogelijkheid van een kwaadaardige aandoening ter sprake is gekomen of als de patiënt vermoedt dat de arts met die mogelijkheid rekening houdt. Ook wij arts blijken hieraan vaak niet te ontkomen wanneer we zelf patiënt zijn.

Enkele malen per jaar zie ik een patiënt die het advies van zijn huisarts om terug te komen, indien het antibioticum of de gorgedrank in twee weken niet tot verdwijning van de klachten heeft geleid, niet heeft opgevolgd en daardoor in een laat, vaak té laat, stadium pas onder behandeling komt. Daarom leer ik mijn studenten dat dat advies alléén onvoldoende is en dat men als arts, wanneer men aan een kwaadaardige aandoening denkt, na de afgesproken tijd moet controleren of het gegeven advies goed begrepen is.

Ook ik ben van mening dat de arts geen al-weter is. Maar er zijn patiënten en situaties, waarbij een zeker paternalisme een arts tot een goede arts maakt. Ik denk dat een volwassen hulpverleningsmodel, zoals beschreven door collega POST, daartoe ruimte zal moeten bieden.

Leiden, juni 1980

P. H. SCHMIDT

### *Diagnostische problemen in de knie, artrografie, artroscopie of beide?*

Het commentaar van prof. VAN LINGE (1980) nodigt uit tot een reactie. Voornamelijk omdat de titel van zijn commentaar meer belooft dan wordt betoogd. Uiteindelijk spitst het betoog zich toe tot een vergelijking van de accuratesse van de artroscopie en de artrografie bij meniscusrupturen en dat is voor een beoordeling van de artroscopie een te beperkte visie.

Artrografie en artroscopie hebben verschillende diagnostische reikwijdten en zijn alleen al om die reden eigenlijk niet met elkaar te vergelijken. Bij de diagnostiek van de meniscusscheur overlappen de indicatiegebieden elkaar. Deze beide onderzoeksmethoden blijken, mits perfect uitgevoerd, niet veel voor elkaar onder te doen, althans niet

als het alleen gaat om vast te stellen: Is er een meniscusscheur of niet? De nieuwste literatuur geeft de volgende getallen:

Jaar-tal	Auteur	Aantal knieën	Meniscus	% accuratesse	
				Artroscopie	Artrografie
1975	EIKELAAR	188 (29)	med.+lat.	98,5	86
1980	THIJN	312	mediale	80	93
			laterale	97	89
1980	IRELAND e.a.	250	med.+lat.	84	86

De kans op fouten bij artroscopie is gelegen in de moeilijkheid om de perifere rand van het achterste een-derde deel van de mediale meniscus te kunnen beoordelen. Dit komt doordat de artroscoop dit gebied niet volledig kan overzien, als de knie op die plaats niet voldoende spouwing toelaat. Nu is dit juist bij de mediale meniscus meestal wél het geval. Bovendien is met een kleinere scoop en met manipulatie van een meniscus, d.m.v. een interarticulair ingebrachte naald, de nauwkeurigheid in deze gevallen te vergroten, mits men op de mogelijkheid van een partiële, schuine achterste-meniscusruptuur bedacht is. De vraag doet zich overigens voor, of een dergelijke kleine scheur, die bij manipulatie geen verplaatsing van de meniscus veroorzaakt – want daar gaat het in deze gevallen om – wel behandeld moet worden met extirpatie van deze meniscus (GOODFELLOW 1980). Onderzoek van NOBLE en ERAT (1980) schijnt hier tegen te pleiten.

Ook al zouden dus de resultaten van de artrografie en de artroscopie elkaar bij de diagnostiek van het meniscusletsel niet veel ontlopen, dan nog heeft de artroscopie het voordeel, dat alle andere gewrichtsstructuren kunnen worden beoordeeld (BOTS 1975; EIKELAAR 1975; VAN RENS 1975). Dit geldt voor het synovium, de voorste kruisband, en bij ruptuur daarvan ook voor de achterste, voor de kapselscheuren bij collaterale bandletsels en het gewrichtskraakbeen. Hier laat de artrografie ons in de steek. En hoe vaak zien wij niet een meniscuslaesie met een ander letsel van de knie gepaard gaan? Voordat de meniscus scheurde, is er dikwijls al een kapselscheur ontstaan en niet zelden is er een partiële of totale voorste-kruisbandruptuur aanwezig. In de Angelsaksische literatuur spreekt men dan van een „unhappy triad”. En hoe vaak is niet de meniscus verwijderd, terwijl naderhand blijkt dat dit niet de enige in de knie aanwezige afwijking was, maar er bijv. ook sprake was van een chondrale fractuur in een ander kniecompartiment, of van een voorste-kruisbandlaesie, of van een chondromalacia patellae?

Met de artroscoop in de knie kan een nauwkeurig stabiliteitsonderzoek worden gedaan. De artroscopist beschikt over een dynamische onderzoeksmethode, bestaande uit stabiliteitsonderzoek en een intra-articulair onderzoek. Omdat d.m.v. artroscopie „meer dan één diagnose tegelijk” te stellen is, heeft deze onderzoeksmethode in onze kliniek een grotere plaats gekregen dan bij collega VAN LINGE.

Wij hanteren het volgende schema: anamnese; klinisch onderzoek; eenvoudig röntgenonderzoek (bij vermoeden op bandletsels ook spouwfoto's of schuiflade-foto's); tentatieve diagnose en bespreking met de patiënt over de verder te volgen weg; bij verdenking op meniscusletsel: artrografie (althans bij niet-acute letsels; bij besluit tot artrotomie: