

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 artsen 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:

eerst arthroscopie, tenzij volledige zekerheid bestaat over de gestelde diagnose; bij dubieuze uitslag van het arthrogram: arthroscopie. Zeker indien het arthrogram negatief is en de patiënt klachten houdt.

Bij acute letsels van de knie, gepaard gaande met een haemarthros, waarbij geen tijd meer is om te wachten op een arthrogram (deze onderzoeken worden in onze kliniek alleen op afspraak gedaan), gaan wij over tot een arthroscopie vooraleer het kniegewricht wordt geopend.

De arthroscopie vervangt de proef-artrotomie. Zij is echter om bovengenoemde redenen ook uitermate waardevol gebleken bij meniscusscheuren. Het is een kleine moeite, voorafgaand aan de operatie, een arthroscopie te verrichten. Men kan dan een veel gerichtere incisie leggen en is geïnformeerd over de bij de artrotomie niet zichtbare compartimenten van de knie. Bij de beoordeling van post-meniscectomieklachten is de arthroscopie bijna onmisbaar. Deze onderzoeksmethode biedt in die gevallen meer informatie dan het gewone röntgenonderzoek, inclusief functiefoto's en artrografie te zamen. Dit omdat met de laatstgenoemde onderzoeksmethode geen indruk wordt verkregen over de conditie van het kraakbeen en het synovium van het kniegewricht.

Kortom, de arthroscopie en de artrografie overlappen elkaar wat de diagnostische reikwijdte betreft. Zij vullen elkaar aan, maar vervangen elkaar niet. Worden beide methoden goed beheerst en toegepast, dan wordt bijv. bij meniscuslaesies een accuratesse bereikt van 98% (IRELAND e.a. 1980). Bij andere gewrichtsaandoeningen wint de arthroscopie het verre van de artrografie. Bij diagnostische problemen in de knie zijn wij dan ook voorstander van een complementaire toepassing van beide onderzoeksmethoden. Ik vraag mij af, of collega VAN LINGE met het door hem gehanteerde onderzoekschema, waarin slechts sporadisch een indicatie is voor een arthroscopie, wel voldoende ervaring in deze onderzoeksmethode kan opbouwen. Of is hij alleen geïnteresseerd in meniscuslaesies?

Literatuur: BOTS, R. A. A. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1938. – EIKELAAR, H. (1975) *Arthroscopy of the knee*. Proefschrift Groningen. – GOODFELLOW, J. (1980) *J. Bone Jt Surg.* 62-B, 1. – IRELAND, J., E. L. TRICKEY en D. J. STOKER (1980) *J. Bone Jt Surg.* 62-B, 3. – LINGE, B. VAN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 507. – NOBLE, J. en K. ERAT (1980) *J. Bone Jt Surg.* 62-B, 7. – RENS, TH. J. G. VAN (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1993. – THIJN, C. J. P. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 492.

Nijmegen, april 1980

TH. J. G. VAN RENS

Collega VAN LINGE (1980) stelt dat er nauwelijks plaats is voor de arthroscopie van de knie ter oplossing van diagnostische problemen. Hij beroept zich dan op de onderzoeken van pijn die met behulp van de artrografie het letsel van de meniscusafwijkingen op 91,5% als betrouwbaar kan stellen. Waar collega VAN LINGE echter aan voorbijgaat is, dat er behalve de meniscuslaesie nog zo vele andere afwijkingen zijn, die men bij de artrografie mist en die men ook bij de daaropvolgende eventuele artrotomie niet opmerkt. Bij arthroscopie blijkt, dat men in 20% van de gevallen naast bijv. een letsel van de meniscus nog nevenletsels vindt. Ik denk aan subchondrale fracturen en kruisbandletsels. Indien men een artrotomie doet om een gescheurde meniscus te verwijderen en men zou de diagnose voorste-kruisbandlaesie bij het onderzoek, zoals zo vaak gebeurt, niet hebben kunnen vaststellen, dan was het direct mogelijk geweest om de laesie van de kruisband te herstel-

len met gebruikmaking van de te verwijderen meniscus. Zonder arthroscopie mist men deze kans. -

Met mijn medewerkers hebben wij inmiddels ongeveer 1400 arthroscopieën verricht. Van de eerste 350 arthroscopieën is mededeling gedaan door E. SMEETS, in een voordracht voor de Nederlandse Orthopaedische Vereniging op 23 mei 1978. Wij waren toen betrekkelijk onervaren. Bij de zogenaamde probleemknieën, waar onder meer de artrografische bevindingen negatief waren, werd toch nog bij 21% een letsel vastgesteld van de mediale meniscus en bij 28% andere afwijkingen. Bij 51% vonden wij geen duidelijke afwijkingen. Onze ervaring is inmiddels veel groter.

Wij beschikken niet over de geweldig hoge scores die THIJN (1980) bij zijn artrografieën van de knie behaalt; deze vindt men zelfs in de gehele wereldliteratuur niet terug. Toch moet men ook aan de artrografische diagnose blijven twijfelen. Wij hadden 98 gevallen met een zekere diagnose artrografisch vastgesteld; toch bleek bij de arthroscopie dat in 8% van de gevallen de diagnose letsel niet te herkennen was met de artroscopie. We kunnen de artrografie nog niet missen. Daar staat tegenover dat de techniek van de arthroscopie zeer simpel is. Op 1400 gevallen hebben we nooit een infectie of complicatie gezien. Wij doen de scopie door het ligamentum patellae, waarbij men een uitermate goed inzicht in de gehele knie heeft; alleen ontgaat ons soms inderdaad de achterhoorn van de mediale meniscus en een inspectie van de achterste kruisband. Maar als wij moesten kiezen tussen artrografie en arthroscopie, dan is onze ervaring dat de laatste het meest betrouwbaar is.

Literatuur: LINGE, B. VAN (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 507. – THIJN, C. J. P. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 492.

April 1980

W. P. VAN DER LIST

Ik ben de collegae VAN DER LIST en VAN RENS erkentelijk voor hun bijdrage aan de discussie. Ik meen dat er nu voldoende stof is aangedragen om de lezer zelf tot oordelen in staat te stellen.

Rotterdam, mei 1980

B. VAN LINGE

Psychosociale aspecten van de donorinseminatie

MEIJER e.a. (1980) concluderen dat geheimhouding van KID, die door 80% van de echtparen in hun groep desgevraagd wordt gewenst, tijdens, maar ook na de behandeling, tot spanningen aanleiding geeft en het lijkt hun daarom dat openheid voor echtpaar en kind te verkiezen is boven (wat zij noemen) verheimelijking.

Het is echter waarschijnlijk dat niet de geheimhouding van de KID tot spanningen aanleiding geeft, maar wel de bezorgdheid van het echtpaar dat de geheimhouding niet gehandhaafd zal kunnen blijven. Deze bezorgdheid ontstaat o.a. wanneer gemerkt wordt dat huisarts of specialist onzorgvuldig omgaat met vertrouwelijke informatie en geen maatregelen treft om te voorkomen dat administratief en paramedisch personeel hiervan onnodig op de hoogte kunnen komen. Ook in deze moderne tijd van openheid moeten patiënten er nog steeds op kunnen rekenen dat hun geheimen bij hun (huis)arts veilig zijn.

Bij een onlangs door ons gehouden anonieme, schriftelijke enquête bij 134 KID-ouders bleek meer dan 90% van de afzonderlijk geënquêteerde mannen en vrouwen de ge-