

door een voetbal. Patiënt was elders reeds bekend met multiple cartilagineuze exostosen. Bij onderzoek werd een zwelling in de fossa poplitea gevonden, gelijkend op een hematoom. Er was een goede perifere arteriële circulatie. Op röntgenfoto's werden verschillende exostosen gezien, waaronder een exostose ter hoogte van het medio-distale deel van het femur. Patiënt werd aanvankelijk conservatief behandeld, maar moest na een week met spoed worden opgenomen wegens heftige pijn en toename van de zwelling met uitbreiding naar het kanaal van Hunter.

Bij operatie werd een strak gespannen hematoom gevonden, veroorzaakt door een perforatie van de arteria poplitea, daar waar de arterie het kanaal van Hunter verlaat. De messcherpe cartilagineuze exostose had een gat met opgeworpen rand geponst in de arteria poplitea (zie fig.). De laesie werd ovaalvormig geëxcideerd, waarna een veneuze patch in het defect werd ingehecht. De exostose werd vervolgens aan de basis verwijderd. P.A.: cartilagineuze exostose; geen maligniteit. Post-operatief werd patiënt gedurende een week geïmmobiliseerd. Op de 18e post-operatieve dag werd een controle-arteriogram gemaakt, waarop een gave en goed doorgankelijke A. poplitea werd gezien. De arterie werd elders niet bedreigd door een exostose. Patiënt werd gedurende 3 maanden behandeld met anticoagulancia.

Zowel de door STRENS e.a. als de door ons beschreven ziektegeschiedenis legt eens te meer de nadruk erop dat in het bijzonder een exostose in het medio-distale deel van het femur een potentieel gevaar vormt voor de arteria poplitea. Onzes inziens is het profylactisch verwijderen van een exostose in het medio-distale deel van het femur gewenst, zoals ook andere auteurs vermelden.

Literatuur: STRENS, P. H. G. F., F. R. S. VAN ASPEREN DE BOER en G. H. P. HERMANS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1922.

Enschede, juni 1980

W. L. R. KNOL
P. W. A. A. KOCH

De verwaarloosde hypertensie

Tijdens vele waarnemingen van internisten-praktijken in den lande gedurende de laatste tien jaren is mij opgevallen hoeveel patiënten die de spreekuren bezoeken, hypertensie hebben. Op zichzelf is dit niet alarmerend, ware het niet dat de verhoogde bloeddruk zo vaak niet eerder was ontdekt, onvoldoende gecontroleerd of onvoldoende was behandeld door de huisartsen (en soms ook door de internisten zelf). Ondanks de oproep tot grotere aandacht in het „hypertensiejaar 1978”, is er in de praktijk nog niet veel verbetering merkbaar. Zolang de patiënten op de spreekuren komen, zijn de ongeregelde heden nog goed te herstellen. Ernstiger is het als zij met nare resultaten van deze onvoldoende aandacht in de ziekenhuizen terecht komen met een cerebro-vasculair accident, asthma cardiale, hartinfarct, nierinsufficiëntie e.d. Bij die calamiteiten waarbij een hoge bloeddruk ten minste een groot aandeel moet

hebben gehad, denk ik iedere keer: dit was toch niet nodig geweest bij een beter medisch toezicht tevoren.

Mijn mening dat de patiënt met hoge bloeddruk nog steeds verwaarloosd wordt, werd gesterkt tijdens mijn laatste waarneming, nl. als begeleidend internist in het Oogziekenhuis te Rotterdam. Daar merkte ik tot mijn verbazing – en schrik – dat ongeveer de helft van de opgenomen ooglijders, o.a. wegens glaucoom, cataract, ablatio retinae, vaatocclusies, retinopathie, een bijzonder hoge bloeddruk hadden. Van de 162 nieuw opgenomen patiënten, die ik – als één van de drie aldaar werkende internisten – onderzocht, bleken er 79 een duidelijk verhoogde bloeddruk te hebben. Deze patiënten waren 40 jaar en – voor het merendeel – veel ouder en hoofdzakelijk door de huisartsen in Rotterdam en omgeving ingestuurd. Al mag men gerust beweren dat dit een zeer geselecteerde groep is, dan nog lijkt het mij medisch onnodig dat er zo veel van hen vóór de opname met hypertensie hebben rondgelopen. Daar deze soort patiënten meestal direct door de huisarts naar de oogarts worden verwezen, ontmoeten de internist of de cardioloog hen niet. Het was deze verrassende nieuwe ervaring, die mij noopt mijn reeds lang smeulend onbehagen over de gebrekkige pre-specialistische behandeling van de hypertensie te uiten. Ook in dit geval zullen niet alle oogafwijkingen uitsluitend het gevolg zijn van hypertensie. Maar het samengaan van ernstige oogaandoeningen met hypertensie in een dergelijk hoog percentage geeft ernstig te denken. Ik wil thans slechts stellen, dat de verhoging van de bloeddruk nog steeds onvoldoende aandacht krijgt van algemeen werkzame artsen en van sommige specialisten. En de patiënten krijgen pas na vele jaren de grote klap. Ik zou daarom willen voorstellen – en nu zeg ik het voor alle duidelijkheid met opzet zeer boud – dat er van medische hogerhand zeer grote aandrang (met controle?) zou moeten komen op de huisartsen om bij hun patiënten door geregeld de bloeddruk te meten de sluimerende en daarvoor verraderlijke hypertensie op te sporen, alle hypertensies adequaat te (laten) behandelen en ze geregeld gedegen te blijven controleren. Mutatis mutandis geldt dit de internisten. Nu de huidige behandeling van de hypertensie, vergeleken bij die van 30 jaar geleden veel gemakkelijker en doeltreffender is geworden, kunnen er nauwelijks meer redenen zijn voor het laten bestaan van te hoge bloeddrukken.

De oorzaken van het niet opsporen van of het slordige toezicht op patiënten met hypertensie lijken mij o.a. te liggen in onvoldoende school-schematisch en gedegen ontvangen onderricht, in de twijfel, ontstaan door de academische discussie over „het altijd behandelen”, „het alleen behandelen bij klachten” en „mogen wij de patiënten levenslang met dieet- en medicamenteuze maatregelen belasten”, en in de te lichtvaardige opvatting onder de artsen omtrent dit ziektebeeld. Een goed beheer van de hypertensie zou een belangrijke bijdrage kunnen zijn tot de preventieve geneeskunde als onderdeel van de bevordering van de volksgezondheid. Want wij moeten ook de maatschappelijke gevolgen van en voor de onnodig invalide geworden patiënten in ernstiger overweging nemen.

's-Gravenhage, augustus 1980

H. NEEB