

den. Ook hierbij geldt echter dat het zeer moeilijk is om door de telefoon te interpreteren dat roze-paarsachtige vlekjes inderdaad petechiën zijn. Zekerheid kan slechts verkregen worden door zelf te gaan kijken. Vandaar dat in deze uitspraak van het Tuchtcollege de les verborgen zit dat men de klinische situatie van een patiënt, en dit geldt in

het bijzonder de zuigeling en de kleuter, door de telefoon niet kan beoordelen. Alleen een consult aan huis, eventueel een herhaling kort na het eerste bezoek, kan tot een goede beoordeling van de klinische toestand leiden.

Februari 1981

G. B. A. STOELINGA

INGEZONDEN

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

Hebben subcutane vethechtingen nut?

Naar aanleiding van het referaat van collega BOUVY (1981) zou ik de daarin gestelde bewering dat subcutane hechtingen nutteloos lijken, uit eigen ervaring willen bestrijden. Dat deze hechtingen voor het verkleinen van de dode ruimte weinig zin hebben en daarom niet bijdragen tot de preventie van wondinfecties ben ik met de schrijver eens. Toch kan er wel degelijk een noodzaak bestaan voor het aanleggen van deze hechtlaag. Dit geldt namelijk voor de categorie magere patiënten bij wie het achterwege laten van bovengenoemde handeling de kans op het verkleven van de huid met de onderliggende fascia doet toenemen. Deze ongewenste situatie dreigt vooral daar waar de huid intracutaan wordt gesloten.

Literatuur: Referaat (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 24.

's-Gravenhage, januari 1981

G. GERRETSEN

Naar aanleiding van de opmerkingen van collega GERRETSEN zou ik willen stellen dat ook bij magere mensen het goed mogelijk is de subcutis breder te pakken dan de huid en daardoor een ectropionerend effect te verkrijgen, dat het vrijwel onmogelijk maakt dat de huid met de fascia zou vergroeien. Ook door het gebruikmaken van hechtmethoden volgens Donati en Algöwer ontstaat dit zelfde ectropionerende effect. Dezelfde ervaring heb ik wanneer ik – vooral bij kinderen – intracutane doorlopende hechtingen gebruik met breed pakken van sub-intradermale weefsel. Collega Gerretsen's argumenten kunnen mij derhalve niet overtuigen.

Amersfoort, februari 1981

L. A. BOUVY

Reumatische klachten en invaliditeitsvrees

J. L. ZANT en medewerkers (1981) pleiten zéér terecht voor het afschaffen van de term „reuma” (te algemeen zonder nadere aanduiding) en voor betere voorlichting van de patiënt door de behandelende arts. Dat kan veel onnodige invaliditeitsvrees voorkomen en wegnemen bij patiënten die klagen over het bewegingsapparaat. De auteurs kunnen daartoe m.i. zelf belangrijk bijdragen door zich af te vragen in hoeverre farmacotherapie (50%), fysiotherapie (77%), ergotherapie (15%), consulten met andere specialisten, nl. psycholoog (39%), verantwoord zijn voor hun patiëntengroep „zonder organische afwijkingen”, zowel uit individueel (bevestiging van het subjectief ziektegevoel) als uit maatschappelijk (kosten) oogpunt.

Literatuur: ZANT, J. L., V. KOOY en J. K. VAN DER KORST (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 221.

Groningen, februari 1981

J. J. DE BLÉCOURT

De resultaten van dit onderzoek zijn in het Reuma Revalidatie Centrum Niterwaard aanleiding geweest tot maatregelen met betrekking tot het behandelingsbeleid. Eens te meer blijkt hoezeer de gezondheidszorg zelf onbedoeld kan bijdragen aan wat men wel „somatisering” pleegt te noemen. Wij achten het derhalve niet onwaarschijnlijk dat een dergelijk onderzoek in andere medische instituten ook dergelijke fenomenen aan het licht zal brengen.

Amsterdam, februari 1981

J. L. ZANT

V. KOOY

J. K. VAN DER KORST

Congenitale kysteuze adenomatoïde malformatie van de long

Het is jammer dat CATS e.a. (1981) naast een zeer helder betoog over de klinische manifestatie van de congenitale cysteuze adenomatoïde malformatie (C.C.A.M.), zo weinig vermelden over de pathologische anatomie. Ook zij beschreven de afwijking als een hamartoom, zonder dat dit nader toegelicht wordt. Een hamartoom hebben wij omschreven als een op tumor lijkende misvorming, waarin de normale componenten van een orgaan abnormaal vertegenwoordigd zijn in hoeveelheid, rangschikking of graad van differentiatie, of in alle drie opzichten (ELBERS 1977). Bij de C.C.A.M. wordt als belangrijk kenmerk een overmatige uitgroei van, speciaal de terminale bronchiolen aangenomen, met onderdrukking van de alveoli. Het histologisch beeld is daar meestal mee in overeenstemming, en heeft de volgende kenmerken (ELBERS 1977; SYBRANDY en VAN DER LIST-NUVER 1978): (1) Proliferatie van elastisch weefsel in de wand van de cysten; (2) Polypoïde mucosa; (3) Verspreide kleine groepjes alveolen met bronchiaal epitheel; (4) Ontbreken van alveolaire differentiatie met duidelijke cystevorming op het niveau van de terminale bronchioli, van kraakbeen, en van ontsteking. Variaties zijn goed mogelijk. Bij de door ELBERS (1977) beschreven patiënt waren er weinig elastische vezels, bij de door SYBRANDY en VAN DER LIST-NUVER (1978) beschreven patiënt waren deze zeer nadrukkelijk aanwezig. Ook het aantal papillaire formaties kan sterk wisselen en de adenomatoïde structuur kan het enige kenmerk zijn (VAN DIJK en WAGENFOORT 1973).

Juist bij deze zeldzaam voorkomende afwijkingen is goede verslaggeving van de histo-morfologie van belang; teneinde deze interessante aangeboren misvormingen in groter pathogenetisch verband te plaatsen (DEMOS en TERESI 1975).

Literatuur: CATS, B. P., C. C. E. DE JONG-DE VOS VAN STEENWIJK, A. S. BLANKHART e.a. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 225. – DEMOS, N. J. en K. TERESI (1975) *J. Thorac.*

cardiovasc. Surg. 70, 260. — DIJK, C. VAN EN C. A. WAGEN-
VOORT (1973) *J. Path. Bact.* 110, 131. — ELBERS, J. R. J.
(1977) *T. Kindergeneesk.* 45, 224. — SYBRANDY, R. en C.
VAN DER LIST-NUVER (1978) *Scand. J. thor. cardiovasc.*
Surg. 12, 125.

Utrecht, februari 1981

R. SYBRANDY
J. R. L. ELBERS

De door de collegae SYBRANDY en ELBERS gegeven aanvulling is zeer zinvol voor degenen die niet op de hoogte zijn met het pathologisch-anatomische beeld der C.C.A.M. Het is echter onze bedoeling geweest het klinische beeld der C.C.A.M. te beschrijven in zijn verschillende facetten. Daarbij is van de pathologische anatomie inderdaad alleen de slotconclusie verwerkt. Wij hebben niet de behoefte gevoeld hier verder op in te gaan, omdat in de Nederlandse literatuur dit door meer ter zake kundigen (VAN WUNNIK e.a. 1971; ELBERS 1977) in een niet al te ver verleden is gedaan. De bij de door ons beschreven patiënt bij pathologische anatomie gevonden afwijkingen kunnen daaraan feitelijk niets toevoegen.

Literatuur: ELBERS, J. R. J. (1977) *T. Kindergeneesk.* 45, 224. — UNNIK, A. J. M. VAN (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1531.

Utrecht, februari 1981

B. CATS

Kanamycine-dosering bij (sub)acute microbiële arthritis

In het artikel van K. A. MEIJERS e.m. (1980) wordt een kanamycine-dosering aanbevolen van 25 mg/kg 2 maal daags bij normale nierfunctie. Dit lijkt ons een riskant advies. Bij een dosering van 7½ mg/kg i.m. voor een patiënt met een creatinineklaring van ca. 100 ml/min. vinden wij 45 min. na de injectie een serumspiegel van ca. 20 mg/l. Een dosering van 25 mg/kg per keer zou dus een piekspiegel geven van ca. 70 mg/l. In de literatuur wordt vrij algemeen aanbevolen kanamycine zodanig te doseren dat een piekspiegel van 30 mg/l niet wordt overschreden. Wij vragen ons daarom af of ook bij (sub)acute microbiële arthritis niet beter de gebruikelijker kanamycine-dosering van 3 maal daags 7½ mg/kg kan worden toegepast.

Voorts willen wij ervoor pleiten voor het nauwkeuriger omschrijven van de aminoglycosidedosering gebruik te maken van de aanduiding „bij creatinineklaring ca. 100 ml/min.” in plaats van „bij normale nierfunctie”. Bij normale nierfunctie van een geriatrische patiënt is de creatinineklaring verminderd, hetgeen behoort te leiden tot een verlaagde aminoglycoside-dosering bij deze patiënten.

Literatuur: MEIJERS, K. A., A. CATS, P. J. VAN DEN BROEK en R. VAN FURTH (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 3082.

Nijmegen, februari 1981

E. J. VOLLAARD
J. G. A. BORGHANS

In ons artikel is inderdaad een storende, en door ons te laat bemerkte, fout geslopen in de dosering van kanamycine. Wij verzochten de redactie van het tijdschrift reeds een correctie op te nemen, die inmiddels is gepubliceerd (zie 1981, bl. 128). De kanamycine-dosering had moeten zijn: 15 mg/kg lich. gew./dag in 2 doses i.m. of i.v. of 2 dd 7,5 mg/kg lich. gew.

De aanduiding „bij creatinineklaring ca. 100 ml/min.” in plaats van „bij normale nierfunctie” lijkt ons geen wezenlijke verbetering, daar men in de praktijk vrijwel nooit over een creatinineklaring zal beschikken op het moment dat met de therapie moet worden begonnen zodat men het dus zal moeten doen met het serumcreatinine-gehalte. Men moet dan natuurlijk niet de fout maken het serumcreatininegehalte los te beoordelen van andere gegevens van de patiënt, zoals leeftijd en gewicht. In die zin is de opmerking van de collegae Vollaard en Borghans nog eens een nuttige waarschuwing.

Leiden, februari 1981

K. A. E. MEIJERS
A. CATS
P. J. VAN DEN BROEK
R. VAN FURTH

Resectie van het distale uiteinde van de ulna bij patiënten met reumatoïde arthritis

Met genoegen lezen wij het artikel van VELDHUIS, RASKER, HUFFSTADT en NIENHUIS (1980). Hierin wordt duidelijk aangetoond dat operatieve behandeling van patiënten bij wie het polsgewricht is aangetast door reumatoïde arthritis tot goede resultaten kan leiden. Het artikel noopt ons wel tot enkele opmerkingen. De laatste zin: „er zijn weinig complicaties van de ingreep”, lijkt ons niet geheel in overeenkomst met de resultaten, beschreven in het artikel. Bij 13 patiënten ontstonden complicaties. Dit is bij ongeveer 30% van de patiënten. Misschien zijn deze complicaties te wijten aan de bijzondere incisie (L-vormig) die de auteurs gebruiken. In de meeste publikaties over het polsgewricht wordt de longitudinale incisie aangegeven. Deze incisie geeft een goed overzicht over de gehele pols dorsaal en er bestaat minder kans op laedering van de huidtakken van de nervus ulnaris of nervus radialis. Ook zou de wondgenezing beter verlopen. Over de operatieve behandeling zijn de auteurs verder vrij kort. Deze bestond alleen uit resectie van het distale ulna-uiteinde en synovectomie van het distale radio-ulnaire gewricht. Herstel van geruptureerde strekpezen (tabel 4 vermeldt 4 patiënten met ruptuur van één of meer strekpezen) vindt niet plaats. Ook eventuele synovectomie van de strekpezen, transpositie van het retinaculum, centraliseren van de extensor carpi ulnaris worden niet verricht. Hoewel resectie van het distale uiteinde van de ulna duidelijk een plaats heeft in de behandeling van patiënten met reumatoïde arthritis met pijn in het polsgewricht, lijkt ons dat in dit artikel de gang van zaken bij de operatieve behandeling toch te eenvoudig is voorgesteld (zie fig. 2 waarop ernstige arthrosis van het radio-carpale gewricht is te zien). Onzes inziens dient voorop te staan dat veelal het gehele polsgewricht betrokken is bij dit proces en dat, indien de aandoening mede gelokaliseerd is bij het distale ulna-uiteinde, onder andere resectie van dit deel van de ulna een vermindering van de klachten kan geven.

Literatuur: VELDHUIS, E. F. M., J. J. RASKER, A. J. C. HUFFSTADT en R. L. F. NIENHUIS (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 2116.

Utrecht, januari 1981

W. DEENSTRA
W. RUIJNDERS

Ik dank de collegae Deenstra en Ruijnders hartelijk voor hun reactie. Ik ben het met hen eens dat operatieve behan-