

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-