

Naar onze mening is zowel de opzet van het onderzoek van Klotz e.a. als de interpretatie van de resultaten discutabel. Het zou te ver voeren om hierop nader in te gaan. Evenals bij twee andere onderzoeken reeds was aangetoond concluderen de auteurs dat 5-ASA het werkzame bestanddeel van Salazopyrine is. Hun meest opmerkelijke bevinding is echter dat 5-ASA, toegediend in de vorm van zetpillen, effectief bleek te zijn bij patiënten met een rechtszijdige colitis van Crohn en een ileitis terminalis. Een goede verklaring hiervoor hebben de auteurs niet. Zij operen de mogelijkheid dat 5-ASA werkzaam is via serum- resp. weefselspiegels hoewel bij de meeste patiënten geen 5-ASA in het serum kon worden aangetoond. Slechts bij twee patiënten was een minimale hoeveelheid aantoonbaar ($<0,5 \mu\text{g/ml}$).

Op grond van een serie waarnemingen menen wij, dat de werkzaamheid van Salazopyrine berust op een lokaal effect van 5-ASA op het darmslijmvlies. Na het oraal innemen van SASP en van 5-ASA zijn de serumspiegels van 5-ASA zeer laag ($<2 \mu\text{g/ml}$) als gevolg van een snelle klaring van het geabsorbeerde 5-ASA door de nier. Het is daarom hoogst onwaarschijnlijk dat 5-ASA-zetpillen werkzaam kunnen zijn bij afwijkingen die buiten het rectum gelegen zijn. Alleen bij patiënten met een proctitis of proctosigmoiditis heeft het zin om lokale toediening van 5-ASA te overwegen.

Literatuur: BRANDT-GRÄDEL, V. VAN DEN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 930. — KLOTZ, U., K. MAIER, C. FISCHER e.a. (1980) *New Engl. J. Med.* 303, 1499.

Nijmegen, juli 1981

P. A. M. VAN HEES
J. H. M. VAN TONGEREN

De collegae Van Hees en Van Tongeren hebben grotendeels gelijk, maar de strekking van onze slotzin is niet goed overgekomen door verwaarlozing van het woord „vooralsnog”. In het verband van genoemde zin betekent dit woord: zolang er geen veiliger vehikel dan sulfapyridine is gevonden om het 5-aminosalicylzuur in werkzame concentraties ter plaatse te brengen. Dat dit bij ziekteprocessen in colon ascendens of ileum bereikt kan worden door zetpillen met 5-ASA is inderdaad niet te begrijpen en niet te geloven.

Amsterdam, augustus 1981 V. VAN DEN BRANDT-GRÄDEL

Pijnlijk bewegingstraject van het schoudergewricht

Het zeer interessante artikel van VISSER en KONINGS (1981) geeft ons aanleiding tot de volgende kanttekeningen.

Abductie in het schoudergewricht is abductie (in het frontale vlak) van het glenohumerale gewricht. Daarbij blijkt dat er slechts 90° bewegingsmogelijkheid is. De door de auteurs beschreven pijnbogen hebben dus niet uitsluitend betrekking op de abductie in het glenohumerale gewricht maar tevens op de elevatie van de arm ten gevolge van bewegingen van de schoudergordel, waarbij ware gewrichten (sternocostaal gewricht, acromioclaviculair gewricht) en schijngewrichten (scapulothoracaal glijgewricht en het nevgewricht tussen de fornx humeri en het tuberculum majus) betrokken zijn. De door de auteurs beschreven pijnlijke trajecten ($60-120^\circ$ en $160-180^\circ$) kunnen dus niet onderzocht worden door uitsluitend het glenohume-

rale gewricht te onderzoeken. Zij bedoelen hier dus de gecombineerde abductie van het schoudergewricht en de elevatie van de arm.

Ook het beschreven pijnlijke endorotatie-abductietraject van het schoudergewricht is ons niet geheel duidelijk. Deze beweging is bij onderzoek maar tot 90° mogelijk, want de humerus ondergaat onder invloed van het ligamentum glenohumerale inf. een dwangexorotatie. Doorsnijding van dit ligament maakt verdere abductie mogelijk. Ook hier kunnen de genoemde pijnlijke trajecten onmogelijk volledig worden doorlopen zonder er andere gewrichten dan het glenohumerale gewricht bij te betrekken. Het stuk had dus beter „pijnlijk bewegingstraject van de arm” kunnen heten.

De diagnostiek van de intrinsieke schouderafwijkingen is bij lange na niet volledig. Zo zou er gedifferentieerd kunnen worden tussen afwijkingen aan afzonderlijke spieren en bursa's. Indien men zich uitsluitend, zoals de auteurs beschrijven, op palpatie verlaat is exacte diagnostiek moeizaam. Het pijnlijke bewegingstraject van $60-120^\circ$ in het frontale vlak wordt veroorzaakt door compressie van vier structuren, nl. de Mm. supraspinatus, subscapularis, infraspinatus en de bursa subdeltoidea. Letsels daarvan geven praktisch gelijke pijnsymptomen, maar duidelijk verschillende onderzoekbevindingen. De eerste drie spieren kunnen worden getest door beweging tegen weerstand (resp. abductie, exorotatie en endorotatie). Door middel van dit onderzoek is het mogelijk te differentiëren tussen laesies van de afzonderlijke spieren. Door het omspuiten van een van de pezen met een lokaal anaestheticum kan de diagnose ondersteund worden. De bijbehorende contractie tegen weerstand is dan niet meer pijnlijk. Ook bursitis subdeltoidea kan men waarschijnlijk maken door het verdwijnen van een pijnlijk bewegingstraject na injectie met een lokaal anaestheticum in de bursa. Op grond van deze fysische diagnostiek kan een optimaal behandelprogramma worden opgesteld. Het is dan mogelijk selectief dwarse frictie-massage te geven op de aangedane pees, en kan meer gericht een steroidinjectie worden gegeven. Als men niet zorgvuldig onderzoekt loopt men snel de kans in een gerefereerd pijnpunt te prikken, hetgeen niets helpt. Meer specifieke conservatieve behandeling zou een operatie overbodig kunnen maken.

Literatuur: VISSER, J. D. en J. G. KONINGS (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1039.

Groningen, juli 1981

A. KNOL
H. S. VAN DEN BOSCH

Met het schoudergewricht wordt gewoonlijk het glenohumerale gewricht bedoeld, waarbij slechts gerefereerd wordt aan een van de zeven gewrichten waaruit het schoudercomplex bestaat. In ons artikel wordt duidelijk gesproken over het „abductietraject van het gecombineerde thoracoscapulohumerale gewricht”. Het was niet de bedoeling van het artikel uitgebreid op de biomechanica van het gewricht in te gaan. Dat er echter maar 90° bewegingsmogelijkheid in het glenohumerale gewricht mogelijk is moeten wij tegenspreken. Daar de gewrichtsoppervlakte van de humeruskop overeenkomt met een halve sfeer (dus 180°) en de hoogte van de cavitas glenoidalis een derde bedraagt van de boog van het humerale kraakbeen, is beweeglijkheid mogelijk over $180^\circ - (180^\circ : 3) = 120^\circ$ (CLAESSENS 1969). De overige abductiemogelijkheid ontstaat door het kantelen van de scapula. Vanaf 20° tot 30° tot volledige abductie vindt terzelfder tijd glenohumerale en scapulo-

thoracale beweging plaats. Wanneer de arm wordt geabduceerd in endorotatie treedt bij ongeveer 120° een dwangrotatie in exorotatie op (POST 1978). Dit verschijnsel kan men gemakkelijk bij zichzelf controleren. Wanneer de afwijking in de pees van de M. supraspinatus is gelokaliseerd, treedt een pijnboog op bij abductie tussen de 60° en 120° met de arm in neutrale rotatie. Bij tendopathie van de M. infraspinatus treedt de pijn op in abductie tussen de 60° en 120° met de arm in endorotatie. Het pijnlijke bewegings-traject met de arm in exorotatie wordt veroorzaakt door tendopathie van de M. subscapularis (KESSEL en WATSON 1977).

In een groot aantal gevallen is er echter een combinatie van deze pijnbogen. De diagnose acute subdeltoïde bursitis kan klinisch gesteld worden. Het betreft hier een diffuus heftig pijnlijk subacromiaal gebied, waarbij ook de initiële abductie pijnlijk is. De palpatie achten wij belangrijk omdat dit direct praktische consequenties heeft voor de conservatieve behandeling. Begonnen wordt met ijsmassage op de pijnlijkste plaats, in plaats van diepe dwarse frictie-massage door de fysiotherapeut. Door water in een tempexbeker te laten invriezen in het vriesvak van de koelkast en daarna de bovenrand van het bekertje af te scheuren, verkrijgt de patiënt een ijsstift. Het voordeel is dat de patiënt de massage zelf en op ieder gewenst tijdstip kan doen. De koude is tevens pijndepnd en het is een stuk goed-

koper dan fysiotherapie. Wanneer dit niet tot het gewenste resultaat leidt, wordt een lokaal lang werkend corticosteroidpreparaat in de pijnlijkste plaats gespoten. Voorafgaande aan deze injectie wordt een lokaal anaestheticum toegediend om er zeker van te zijn, dat de corticosteroid-injectie op de juiste plaats wordt gegeven. Is het lokaal anaestheticum op de juiste plaats toegediend, dan moet namelijk de pijn voor het grootste gedeelte verdwijnen. Ter ondersteuning van de diagnose achten wij deze injectie niet nodig. De corticosteroidinjecties kunnen niet te vaak worden herhaald, omdat lokale corticosteroiden degeneratieve veranderingen veroorzaken in de pees zodat de patiënt in een vicieuze cirkel geraakt. Over het algemeen herhalen wij deze injecties tot driemaal toe met tussenliggende de perioden van vier weken. Mocht na deze zorgvuldige conservatieve behandeling geen of alleen maar een tijdelijk effect worden verkregen, dan valt in geselecteerde gevallen een voorste decompressie te overwegen.

Literatuur: CLAESSENS, H. (1969) *De pijnlijke schouder*. Stafleu, Leiden. – KESSEL, L. en N. WATSON (1977) *J. Bone Jt Surg.* 59B, 166. – POST, M. (1978) *The shoulder*. Lea & Febiger, Philadelphia.

Groningen, augustus 1981

J. D. VISSER,
J. G. KONINGS

BERICHTEN

Binnenland

VERGADERINGEN, CONGRESSEN, CURSUSSEN

Van Hoytema-cursus „Geriatric”. – Op 16 en 17 september a.s. (twee identieke cursusdagen) zal op de Technische Hogeschool te Enschede een cursus worden gehouden over „Geriatric”. Cursusleider: Dr. A. FULDAUER. De cursus is vooral bedoeld voor huisartsen. Aanvang: 8.30 uur.

Programma: A. FULDAUER, Geriatric voor en door huisartsen en de erkenning van het specialisme geriatric; A. J. M. M. BEIJSSENS, Medicatie bij de bejaarde patiënt; A. K. C. BURGER, Een „oud” en een „jong” probleem: therapietrouw, een zaak van weten te geven en te nemen; L. A. CAHN, Psychopharmaca in de geriatricische huisartsenpraktijk; Video-presentatie over dagbehandeling; C. VAN PROOSDIJ, Vroeger dodelijk, thans draaglijk, straks draagbaar; suikerziekte in verleden, heden en toekomst; A. F. DEUTMAN, Diabetische retinopathie en maculadegeneratie; Discussie; F. J. A. HUYGEN, Samenvatting van de discussiestof; F. J. BIESERBEEK, De gezondheidszorg met betrekking tot de thuiswonende bejaarde; A. G. W. W. JANNINK-KAPPELLE en J. G. L. NUMAN-REMMEN, Toelichting van enkele aspecten van preventief bejaardenonderzoek.

Inlichtingen bij de Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, 7500 AB Enschede; tel. 053-892922.

Op 6 oktober a.s. zal in Hotel Restaurant De Plasmolen te Mook onder voorzitterschap van prof. dr. R. A. P. KOENE een symposium worden gehouden over „Vaatverwijding bij decompensatio cordis”. Aanvang: 19.30 uur.

Inlichtingen bij V. C. Koorn, Pfizer BV, Postbus 8145, 3099 AC Rotterdam; tel. 010-215122.

Op 16 oktober a.s. zal onder auspiciën van de Nederlandse Vereniging voor Biochemie en de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie in het Fysiologisch Laboratorium, Vondellaan 24, Utrecht een symposium worden gehouden over „Fibrose en vetstapeling in de lever”. Aanvang: 9.30 uur.

Programma: H. R. SCHOLTE (Rotterdam), Biosynthese van collageen; V. DESMET (Leuven), Morfologische aspecten van leverfibrose; M. ROJKIND (Mexico City), Experimental aspects of liver fibrosis; S. G. VAN DEN BERGH (Utrecht), Vetstofwisseling en mechanismen van vetstapeling in de lever; U. J. G. M. VAN HAELST (Nijmegen), Morfologische aspecten van de vetlever; O. J. TEN THILE (Utrecht), De kliniek van vetlever.

Inlichtingen bij dr. P. B. Soeters, St. Annadal Ziekenhuis, Maastricht; tel. 043-862967. (Wie de lunch wenst te gebruiken kan zich hiervoor telefonisch opgeven bij mw. R. Lim, tel. 030-880711.)

Op 16 en 17 oktober a.s. zal op de Erasmus Universiteit te Rotterdam een symposium worden gehouden over „Diseases of the vertebral column”.

Programma: Vertebral degeneration and compression of nerve roots diagnostics (A. BENINI, St. Gallen, C. J. M. GETTY, Londen, Th. J. G. VAN RENS, Nijmegen); Therapy (J. A. EPSTEIN, New York, H. VERBIEST, Utrecht); Tumors (R. O. VAN DER HEUL, Rotterdam, B. STENER, Göteborg, E. MEIJER, Nijmegen); Inflammation (B. R. H. JANSEN, Delft); Injuries of the spine (L. PENNING, Groningen, R. BRAAKMAN, Rotterdam, B. VAN LINGE, Rotterdam); Scoliose (A. BREIG, Stockholm, B. E. E. M. J. VERAART, Amsterdam, B. L. ALLEN Jr., Galveston).