

gerelateerd te zijn met stoornissen in het immunologische apparaat bij het merendeel van de patiënten. Het betreft overwegend, doch niet uitsluitend, homoseksuele mannen die zeer vaak van partner wisselen.

Tussen 1 juni 1981 en 28 mei 1982 hebben CDC (1982) in totaal 355 meldingen ontvangen van Kaposi-sarcoom en (of) andere opportunistische infecties (vooral *Pneumocystis carinii*-pneumonie). Van de 355 patiënten waren 281 (79%) homoseksuele of biseksuele mannen, 41 (12%) heteroseksuele mannen, 20 (6%) mannen van wie de seksuele gerichtheid onbekend is en 13 (4%) heteroseksuele vrouwen. Ook uit andere landen, waaronder Nederland met 1 patiënt met Kaposi-sarcoom (en andere opportunistische infecties), wordt dit syndroom, bij vooral homoseksuele mannen, gemeld. De oorzaak van dit syndroom is niet bekend. De gedachten gaan op het ogenblik onder meer uit naar een infectieus agens.

Het is van belang dat ook in ons land zo betrouwbaar mogelijke gegevens over patiënten met dergelijke ziekte-

beelden worden vermeld. Op grond hiervan zal ik het op hoge prijs stellen indien u patiënten met, of ernstig verdacht van dit syndroom zou willen rapporteren. U kunt daarvoor gebruik maken van het aangifteformulier voor infectieziekten of de melding telefonisch doorgeven aan de regionale geneeskundige inspecteur van de Volksgezondheid of de directeur van de Gezondheidsdienst ter plaatse. Naam en adres van de patiënten dienen niet te worden opgegeven (niet-nominatieve melding, zoals bij C-ziekten).

Het gaat hierbij uitsluitend om patiënten met het bovenbeschreven syndroom bij wie de verminderde immunologische afweer niet berust op nieuwvormingen of behandeling met cytostatica, immuno-suppressiva en (of) radiotherapie.

*Literatuur:* CDC (1982) *Morb. Mortal. wkly Rep.* 31, nr. 22. – GEERLING, J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 631.

w.g. H. BIJKERK

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Organonprijs voor endocrinologie*

De Organonprijs, ten bedrage van f 15.000,- wordt eens in de twee jaar toegekend. Hij is niet alleen bedoeld als erbewijs doch ook ter stimulering van verder endocrinologisch onderzoek. De prijs is door Organon International BV ter beschikking gesteld aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie en zal op advies van een door deze vereniging aan te wijzen jury in 1983 worden uitgereikt.

Mededinging naar de prijs kan geschieden op voordracht of op eigen initiatief en staat open voor onderzoekers, niet

ouder dan 35 jaar en werkzaam op endocrinologisch gebied in de ruimste zin. Aanmeldingen dienen vóór 1 februari 1983 te zijn ontvangen. Ingezonden moeten worden publikaties, beschrijving van nog niet gepubliceerd onderzoek, een curriculum vitae en andere documentatie op grond waarvan de jury een verantwoorde beslissing kan nemen.

Verdere inlichtingen over voorwaarden voor deelname zijn verkrijgbaar bij de secretaris van de Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie, prof.dr. S.W.J. Lamberts, Afd. Interne Geneeskunde III, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.

## INGEZONDEN

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

### *De consequenties van een toevalsbevinding: de asymptomatische carotissouffle*

In hun artikel stellen LODDER en DE KROM (1982): „De vraag is nu of een asymptomatische carotissouffle ook een bepaald risico inhoudt voor het ontstaan van cerebrovasculaire stoornissen. Indien dit het geval zou zijn, dan zou men kunnen overwegen door behandeling dit risico te verkleinen. Hierbij dient uiteraard het risico van onderzoek en behandeling samen kleiner te zijn dan het risico van het natuurlijke beloop”. Op grond van hun literatuuronderzoek stellen zij, dat er geen consequenties verbonden kunnen worden aan de bevinding van een asymptomatische carotissouffle. Desalniettemin is hun persoonlijke mening, vermoedelijk op grond van andere literatuur, dat zij zelf wel anamnese en fysisch-diagnostisch onderzoek noodzakelijk vinden. Zij stellen: „Indien de patiënt geen tekenen van neurologische stoornissen blijkt te hebben, zou men hem van tijd tot tijd kunnen controleren om cerebraal-ischemische stoornissen snel te achterhalen”. De door de auteurs

geciteerde HEYMAN e.a. (1980) en WOLF e.a. (1981) tonen in prospectieve populatiestudies naar het risico van asymptomatische carotissouffles aan, dat bij patiënten met een dergelijke bevinding ten minste twee maal zoveel cerebrovasculaire accidenten voorkomen dan in een controlepopulatie. De neurologische stoornissen waren echter niet statistisch significant gerelateerd aan de zijde van de souffle. Een van de verklaringen hiervoor kan zijn, dat bij een aantal patiënten aan de contra-laterale zijde van de souffle een subtotaal stenose of occlusie aanwezig is, die geen souffle veroorzaakt. Indien de patiënt dan tevens slecht ontwikkelde cerebrale vaten heeft, is er een verhoogde kans op een cerebrovasculair accident. Toen Wolf en Heyman hun onderzoek begonnen, was het echter nog niet mogelijk om met behulp van betrouwbare niet-invasieve onderzoeksmethoden, welke weinig belastend zijn voor de patiënt, diegenen op te sporen met een verhoogd risico wegens bilaterale carotis-pathologie en (of) vertebro-basilaire insufficiëntie met een al dan niet slecht ontwikkeld cerebraal collateraal vermogen. Zo langzamerhand hebben diverse niet-invasieve onderzoeksmethoden hun betrouwbaarheid

bewezen en bijvoorbeeld BUSUTILL e.a. (1982) toonden op statistisch verantwoorde wijze (DIXON en BROWN 1979) aan bij 215 patiënten met een voorgeschiedenis van CVA, TIA of asymptomatische carotissouffles, dat patiënten met een hemodynamisch belangrijke stenose (diameterreductie van de arterie meer dan 60%, gedetecteerd met behulp van oculopneumoplethysmografie) die conservatief behandeld werden, een groter risico hebben op dood door cerebrovasculair accident, een CVA of een TIA dan patiënten, die een carotisendarteriëctomie ondergingen. Deze studie is echter retrospectief. MOLL e.a. (1980) startten in september 1975 in het Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht een prospectieve studie naar het natuurlijke beloop van patiënten met asymptomatische carotissouffles, vervolgd met oculopneumoplethysmografie. Een voorlopig rapport (1982) van de resultaten bij 261 patiënten toonde aan, dat 28 patiënten reeds een hemodynamisch belangrijke stenose of een geocludeerde A. carotis interna hadden bij hun eerste onderzoek. Bij 233 patiënten bij wie dit niet het geval was, ontstonden na een gemiddelde na-controle van 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> jaar in 9,4% (n=21) een hemodynamisch belangrijke stenose; in 3 gevallen zelfs een occlusie. Negen patiënten met een dergelijke progressie van arteriosclerose ondergingen een endarteriëctomie, omdat een conservatief beleid niet langer verantwoord werd geacht; 3 patiënten wegens neurologische stoornissen, de andere patiënten wegens hetzij een slechte cerebrale collaterale capaciteit, gekwantificeerd met behulp van OPG- en EEG-carotiscompressietests (1982), hetzij wegens de aanwezigheid van een contra-laterale occlusie van de carotis.

Evenals Lodder en De Krom menen wij dat bovengenoemde studies noodzakelijk zijn om kennis te vergaren over het „natuurlijke beloop” van een asymptomatische carotissouffle en een asymptomatische carotisstenose. Alleen dan is het mogelijk een juiste behandeling in te stellen en cerebraal-ischemische stoornissen niet alleen snel te achterhalen, maar zelfs vóór te zijn.

*Literatuur:* BUSUTILL, R.W., J.D. BAKER, R.K. DAVIDSON en H.I. MACHLEDER (1981) *J. Amer. med. Ass.* 245, 1438. – DIXON, W.J. en M.B. BROWN (1979) In: P. BERKELY, *BMDP bio-medical computer programs*. California University. – HEYMAN, A., W.E. WILKINSON, S. HEYDEN e.a. (1980) *New Engl. J. Med.* 302, 838. – LODDER J. en M.C.T.F.M. DE KROM (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1220. – MOLL, F.L. (1982) *Vasc. Diagn. & Ther.* (ter perse). – MOLL, F.L., B.C. EIKELBOOM en R.G.A. ACKERSTAFF (1982) *Neth. J. Surg.* 34, 53. – MOLL, F.L., B.C. EIKELBOOM en F.E.E. VERMEULEN (1980) *IVe Réunion de chirurgie vasculaire antériopathies cérébrales extracrâniennes asymptomatiques*, bl. 136. Éditions Médicales Oberval, Lyon. – WOLF, P.A., W.B. KANNEL, P. SORLIE en P. McNAMARA (1981) *J. Amer. med. Ass.* 245, 1442.

Utrecht, juli 1982

F.L. MOLL  
T.J. BAST  
F.E.E. VERMEULEN

## Ziekte van De Quervain

Mijn eerste kennismaking met dit ziektebeeld uit de klinische les van CARPENTIER ALTING (1982) kreeg ik tijdens het vervullen van mijn militaire dienstplicht in 1932. Een nieuwbakken tamboer had enige dagen zó intensief geoefend met zijn trommel, dat hij het klassieke beeld vertoonde

van de tendovaginitis crepitans met zeer duidelijk voelbare crepitatie tijdens bewegingen in het polsgewricht.

Later, in mijn praktijk in een agrarisch gebied, heb ik deze aandoening vele malen gezien, speciaal in de perioden waarin bij het werk op het land sprake was van een chronisch trauma: (1) in de voorzomer tijdens het uittrekken van het vlas (daar de vlasvezel doorloopt in de wortel wordt vlas met wortel en al uitgetrokken en niet gemaaid), (2) tijdens de oogstwerkzaamheden in de zomer. Het koren werd afgemaaid met de pik (een soort kort zeimes met een vrij lange houten steel) en (3) bij de bietenoogst was het weer raak. De bieten moesten toen worden gestoken met een schop met korte steel, vooral als de kleigrond droog was een bijzonder karwei. Door de mechanisatie van de landbouw verdween dit ziektebeeld. Behandeling destijds: immobiliserend stijfsgaas of gipsverband gedurende twee of drie weken. Werkhervatting na vier tot zes weken. Meestal geen recidief op korte termijn, waarschijnlijk ook doordat de aard van de bezigheden op het land vaak weer anders waren geworden.

Daar tendovaginitis crepitans werd toegeschreven aan een chronisch trauma werd ze als „beroepsziekte” gelijkgesteld met een ongeval, conform de toen vigerende ongevalwetten, een en ander tot voordeel van patiënt. Operatie was nooit nodig. Persisterende gevallen heb ik nooit gezien. Het patiëntenbestand van collega Carpentier is kennelijk anders dan dat van de toenmalige plattelandshuisarts: verschil tussen murale en extramurale geneeskunde?

*Literatuur:* CARPENTIER ALTING, M.P. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1433.

Oisterwijk, augustus 1982

H.C. ROZEMEYER

Gaarne wil ik reageren op de klinische les van collega CARPENTIER ALTING (1982). In deze les wordt gesteld dat de diagnose kan worden gesteld na algemene en specifieke anamnese, bloed- en röntgenonderzoek, benevens uitsluiting van andere polsaandoeningen.

Het onderzoek van de pols zoals beschreven door CYRIAX (1978) differentieert de ziekte van de De Quervain van andere polsaandoeningen door toepassing van de functionele anatomie, waarbij bloed- noch röntgenonderzoek nodig is. Bij dit functie-onderzoek worden de volgende polsbewegingen uitgevoerd: passieve flexie en extensie, radiale en ulnaire abductie van de pols, dezelfde vier bewegingen tegen weerstand, en vervolgens flexie, extensie, abductie en adductie van de duim tegen weerstand.

De diagnose ziekte van De Quervain kan inderdaad gesteld worden via de hevig pijnlijke handgreep van Finkelstein; het uitsluiten van ander aandoeningen ter plaatse is echter eenvoudig mogelijk: (1) indien flexie en extensie tegen weerstand niet pijnlijk zijn, is een aandoening van de radiale polsflexoren en -extensoren uitgesloten; (2) indien passieve ulnaire abductie van de pols niet pijnlijk is, vervalt ook een aandoening van het lig. collaterale carpi radiale; (3) extensie van de duim, waarbij tegendruk wordt gegeven op de proximale falanx, is bij de ziekte van De Quervain veel pijnlijker dan wanneer de tegendruk wordt gegeven op de distale falanx: in het eerste geval wordt alleen de M. extensor pollicis brevis aangespannen, in het laatste geval ook en vooral de M. extensor pollicis longus; (4) abductie van de duim tegen weerstand is vrijwel alleen pijnlijk bij de ziekte van De Quervain (M. abductor pollicis longus); adductie van de duim is zelden pijnlijk. Op grond van pijn bij extensie en abductie van de duim tegen weerstand, veel