

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 2¹/₂ 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 zeismes 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