

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 vertoende

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 hevige 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

minder of geen pijn bij tegendruk tegen distale falanx van de duim en bij passieve ulnaire abductie van de pols, gecombineerd met de afwezigheid van pijn bij de andere genoemde bewegingen, kan de diagnose ziekte van De Quervain met zekerheid worden gesteld. De handgreep van Finkelstein vormt dan een extra bevestiging van de diagnose. Uit de anamnese blijkt meestal wel dat een fractuur uitermate onwaarschijnlijk is; röntgenonderzoek is dus in het algemeen overbodig. Wanneer de diagnose „De Quervain” op klinische gronden gesteld kan worden, is ook van bloedonderzoek weinig nieuws te verwachten (misschien een licht verhoogde bezinking). Alleen bij verdenking op reumatische artritis kan gericht bloedonderzoek worden overwogen; een reumatische tendovaginitis aan de radiale zijde van de pols zal echter zelden of nooit worden gevonden zonder dat ook elders reumatische verschijnselen te vinden zijn.

Gedurende de afgelopen jaren heb ik enkele tientallen patiënten met een „Quervain” behandeld met een injectie van 1/2 ml = 5 mg triamcinolon acetonide-suspensie in de gemeenschappelijke peesschede van de M. extensor pollicis brevis en de M. abductor pollicis longus. Zonder uitzonderingen waren alle patiënten na enkele dagen pijnvrij, in ongeveer de helft van de gevallen trad na één tot zes maanden een recidief op, dat op dezelfde manier werd behandeld. Deze behandeling geeft resultaten die minstens gelijkwaardig zijn aan de resultaten zoals door collega Carpentier Alting beschreven.

Literatuur: CARPENTIER ALTING, M.P. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1433. – CYRIAX, J. (1978) *Textbook of orthopaedic medicine*. Baillière & Tindall, Londen.

Zoetermeer, augustus 1982

A.N. DE WOLF

Het artikel van CARPENTIER ALTING (1982) las ik met grote waardering. Ik heb vele tientallen „De Quervain's” geopereerd en onderschrijf de door schrijver genoemde bezwaren ten volle. Voor het gipsverband bij deze afwijking als conservatieve maatregel heb ik nauwelijks enige waardering. Het is somatisch en psychisch een te grote „handicap”.

De laatste jaren heb ik goede resultaten gehad bij alle vormen van tendovaginitis stenosans met een éénmalige injectie van 1 ml hydrocortison. Vanzelfsprekend vertel ik de patiënten, dat de pees een dag of tien niet optimaal belast mag worden. Hoe is de ervaring van collega Carpentier Alting met het gebruik van hydrocortison bij deze afwijking?

Literatuur: CARPENTIER ALTING, M.P. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1433.

Amsterdam, augustus 1982

W.N. LAGENDIJK

Zeer interessant is het commentaar van collega Rozemeijer, want: hij zag patiënten met de acute vorm van tendovaginitis, welke inderdaad goed reageert op conservatieve behandeling, ongeacht de aard der conservatieve behandeling (stijfselgaas, gips, cortison). Deze acute vorm werd door ons vier maal gevonden en met succes conservatief behandeld.

Ook collega De Wolf zag onzes inziens de acute vormen die genazen met conservatieve middelen. Wel blijkt uit de aantallen die worden opgegeven, dat er meer tendovaginitiden blijken te zijn dan wij in de kliniek hebben waarge-

nomen. Vanzelfsprekend ziet men in de kliniek meestal de chronische vormen, want de acute, snel genezend als zij zijn, worden blijkbaar met succes door de huisarts behandeld en dus niet verwezen. Pas als zij chronisch worden, verzoekt de behandelend arts om advies. (De tijd verstreken tussen ontstaan der klachten en verwijzing bedroeg bij de chronische vormen meestal drie maanden.) Gipsimmobilisatie, genezend bij de „acute” patiënten van collega Rozemeijer, hielp niet bij „onze” patiënten, hoewel deze immobilisatie vaak minstens zes weken werd voortgezet. Dit kan min of meer als bewijs dienen voor het chronische karakter van de aandoening.

Mijn ervaring met de cortisoninjecties (collega Lagendijk)? Deze is slecht, maar ook beperkt. De enkele maal, dat deze door mij werden toegepast verergerde de pijn (zie patiënt A); tevens zag ik enkele malen huidatrofie en kalkdepots (röntgenfoto!) na deze injecties, bij ontbreken van een nuttig effect.

Dus, de acute vorm van een tendovaginitis (ook elders in het lichaam voorkomend) kan meestal conservatief tot genezing gebracht worden. Echter, de chronische vorm, zoals door De Quervain in 1895 beschreven (Ueber eine Form von chronischer Tendovaginitis) geeft therapeutische moeilijkheden die chirurgisch ingrijpen wettigen.

Utrecht, augustus 1982

M.P. CARPENTIER ALTING

Pneumoperitonitis ten gevolge van salmonellosis typhosa

Naar aanleiding van het artikel van BOR e.a. (1982) willen wij enige kanttekeningen plaatsen.

1. Uit titel en inhoud van de mededeling zou men kunnen afleiden dat er een éénduidig verband bestaat tussen de „typhusperforatie” enerzijds en het voorkomen van pneumoperitonitis anderzijds. In de literatuur (BOHRER 1966; DAVEY 1968) wordt evenwel vermeld dat bij slechts ca. 50% van alle typhusperforaties op een röntgenoverzichtsfoto van de buik met horizontale stralengang, vrije lucht onder het diafragma werd aangetoond. Ook een onderzoek in onze kliniek (STIRNIMAN 1975), dat retrospectief 99 patiënten beschrijft, die geopereerd werden wegens typhusperforatie in de periode van januari 1972 tot en met december 1974, laat zien dat van de 43 patiënten van wie buikoverzichtsfoto's gemaakt werden, er 23 keer vrije lucht in de buikholte werd waargenomen. Dat is 53,2%.

2. Ofschoon de term buiktyphus is ingeburgerd – ook BOR e.a. hanteren dit begrip – „benevelt” dit het echte karakter van typhus, waarbij de algehele sepsis, naar onze ervaring, vaak meer op de voorgrond staat dan de perforatie als zodanig. De bronchitis, ook beschreven door BOR e.a. bij hun patiënten, is in 55% van alle gevallen aanwezig (HUCHSTEP 1962). Vooral myocarditis is gevreesd. Het is duidelijk wat dit betekent voor een gedehydrateerde patiënt met acute buik wegens typhusperforatie.

Ter illustratie: de totale mortaliteit van de 99 patiënten uit het onderzoek van Stirniman bedroeg 16. Hiervan stierven er 8 klinisch aan een myocarditis waarbij verder aangetekend moet worden dat in de regel in onze kliniek iedereen die gediagnostiseerd wordt als hebbende typhusperforatie, geopereerd wordt binnen 5 uur na het stellen van de diagnose. Voor het pre-operatieve beleid verwijzen we naar het artikel van Stirniman. Het onderzoek van Stirniman is niet onderbouwd met bacteriologische en biochemische gegevens. In sommige ogen is hiermede onze reactie