

bij andere categorieën patiënten valt buiten het bestek van ons toch al lange artikel. Hetzelfde geldt voor Nederlandse bijdragen op dit terrein.¹⁹⁻²⁰ Voor patiënten met een asymptomatische soufflé of stenose kan het niet-invasieve onderzoek zeker nuttig zijn bij het bestuderen van het natuurlijke beloop – gesteld tenminste dat men dit beloop niet tegelijkertijd tracht te beïnvloeden. De gunstige ervaringen waarop de inzenders zinspelen, komen helaas niet uit de verf.

Dan de endarteriëctomie. In onze beslisboom vormt deze operatie de eerste keuze bij behandeling van patiënten met TIA's in het gebied van de desbetreffende A. carotis. Onze Leidse collegae hebben desondanks bezwaren. Vermoedelijk betreft dit de vaststelling dat er geen goed vergelijkend onderzoek bestaat waarmee de waarde van de operatie wordt aangetoond. Dit wil niet zeggen dat er gebrek is aan publikaties over reeksen geopereerde patiënten. Het zijn er zelfs zoveel dat wij alleen een overzichtsartikel in de literatuurlijst hebben opgenomen.²¹ Al deze studies en ook de Leidse cijfers laten helaas geen conclusies toe omdat elke vergelijking met niet geopereerde patiënten bij voorbaat op vele manieren mank gaat: geopereerde patiënten zijn jonger en gezonder en vaak ook op andere plaatsen en tijden behandeld. Zelf beschikken wij over de gegevens van circa 250 patiënten die volgens de beschreven beslisboom zijn behandeld, maar er is geen haar op ons hoofd die eraan denkt geopereerde patiënten af te meten tegen patiënten die om verschillende redenen medicamenteus zijn behandeld. Het standpunt dat men voor het afwijzen van een behandelingsmethode even goede argumenten moet hebben als voor het invoeren ervan, heeft ijzingerwakkende gevolgen die de inzenders vast niet hebben bedoeld. Wel is het zo dat de geschiedenis zich bezwaarlijk laat terugdraaien. Het zou dan ook van weinig werkelijkheidszin getuigen om op dit ogenblik de chirurgie van de A. carotis in de ban te willen doen. Bovendien berust de operatie op een goede theoretische grondslag: er wordt een zichtbare bron van embolieën verwijderd (ook als men het desobstructie noemt). Maar de praktijk wijst soms anders uit dan zelfs de mooiste theorie. Het wachten is op een aantal centra die te zamen de moed opbrengen voor een prospectief en gerandomiseerd onderzoek naar het effect van endarteriëctomie. Dit lijkt nu in Engeland te gaan gebeuren.²²

Ten slotte de algemene vraag of het wel juist is om over de behandeling van patiënten met TIA's aanbevelingen te doen in het licht van de vele onzekerheden. De opzet van ons overzicht was juist niet te vervallen tot nihilisme of willekeur, maar zo verstandig mogelijk gebruik te maken van de gegevens die er inmiddels wel zijn. Wij doen daarbij waarachtig geen aanspraak op onfeilbaarheid en zelfs niet op oorspronkelijkheid: onze adviezen zijn grotendeels gebaseerd op het protocol van de Mayo Clinic.²³

LITERATUUR

- ¹Busuttill RW et al. JAMA 1981; 245: 1438.
- ²Sacco RL et al. Stroke 1982; 13: 290.
- ³Van Gijn J, Staal A, Van Urk H. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2121.
- ⁴Archie JP, Feldtman RW. Surgery 1981; 89: 67.
- ⁵Swanson PD et al. JAMA 1977; 237: 2202.
- ⁶Thiele BL et al. Neurology (Minneapolis) 1980; 30: 1041.
- ⁷Humphries AW et al. Surgery 1976; 80: 695.
- ⁸Levin SM et al. Am J Surg 1980; 140: 203.
- ⁹Lindblad CJ, Link H. Lancet 1982; i: 274.
- ¹⁰Gunning AJ et al. Q J Med 1964; 33: 155.
- ¹¹Barnett HJM. Neurology (Minneapolis) 1978; 28: 769.

¹²Bogousslavsky J et al. Stroke 1981; 12: 627.

¹³Watts C. Stroke 1982; 13: 515.

¹⁴Breslau PJ. Ultrasonic duplex scanning in the evaluation of carotid artery disease. Maastricht: 1982. Proefschrift.

¹⁵Ackerman RH. Stroke 1980; 11: 675.

¹⁶Anonymous. Lancet 1981; i: 535.

¹⁷Zarins CK. JAMA 1981; 245: 1462.

¹⁸Strother CM, Crummy AB. Stroke 1982; 13: 551.

¹⁹Eikelboom BC. Evaluation of carotid artery disease and potential collateral circulation by ocular pneumoplethysmography. Utrecht: 1981. Proefschrift.

²⁰Breslau PJ. Ultrasonic duplex scanning in the evaluation of carotid artery disease. Maastricht: 1982. Proefschrift.

²¹Byer JA, Easton JD. In: McDowell FH et al. Current concepts of cerebrovascular disease. New York: Grune & Stratton, 1980: 59.

²²Warlow C. In: Matthews WB, Glaser GH. Recent advances in clinical neurology 3, Edinburgh: Churchill Livingstone, 1982: 191.

²³Sandok BA et al. Mayo Clin Proc 1978; 53: 665.

Rotterdam, november 1982

J. VAN GIJN
A. STAAL
H. VAN URK

Serumspiegels van geneesmiddelen: een waardevol therapeutisch hulpmiddel of een duur academisch spelletje?

Onlangs stelde Offerhaus in dit Tijdschrift de vraag aan de orde of het bepalen van serumspiegels van geneesmiddelen nu een waardevol therapeutisch hulpmiddel is of beschouwd zou moeten worden als „een duur academisch spelletje”.¹ Aanleiding tot deze bijdrage was de publikatie, in het Pharmaceutisch Weekblad, van een overzicht van welke bepalingen waar in Nederland kunnen worden uitgevoerd.² Offerhaus wekt de suggestie dat vanuit de ziekenhuisfarmacie nu 275 pharmaca ter bepaling worden aangetoond. Hiermee werpt hij evenwel een onjuist licht op deze lijst, die niet méér pretendeert te zijn dan een overzicht van mogelijkheden in Nederland. Aanleiding tot het samenstellen ervan was dat het voor welke beleidsbepalingen over welk onderwerp dan ook noodzakelijk is over een goede inventarisatie te beschikken. Slechts ca. één vierde van de lijst wordt gevormd door bepalingen die kunnen worden verricht ter ondersteuning van de farmacotherapie; deze voldoen aan de – door ons te nauw begrensd geachte – criteria door Offerhaus gesteld. Voor de overige stoffen geldt in alle gevallen dat er altijd bijzondere redenen zijn geweest deze te bepalen; de lijst verkleint het risico dat in Nederland dubbelures optreden in de ontwikkeling van zeldzame bepalingen. Het lijkt sterk overdreven de tabel te zien als een begin van een rampzalige ontwikkeling, zoals volgens Offerhaus bij screeningsmethoden in de klinische chemie het geval is geweest.

Voor een bevredigende beantwoording van de door Offerhaus gestelde, overigens volstrekt legitieme, vraag is evenwel niet alleen kennis van de literatuur maar vooral ook ruime praktische ervaring met het bepalen en interpreteren van geneesmiddelenconcentraties onmisbaar. Wij zijn geneigd bij de formulering van de selectiecriteria, behalve

aan de door Offerhaus genoemde eigenschappen van het geneesmiddel, wat meer gewicht toe te kennen aan de individuele veranderingen die door de ziekte worden tweegebracht. Op deze gronden kan het gewenst zijn serumconcentraties te meten van een stof die op zichzelf niet aan de criteria van Offerhaus voldoet.

Apert onjuist is het citaat van Offerhaus, dat „voor de zich acuut voordoende klinische toxicologie” (bedoeld is: bij acute vergiftigingen) slechts de kwantitatieve bepaling van salicylaten en paracetamol van beslissende waarde is. De auteur gaat hier volledig voorbij aan het feit dat de gerichte ontgiftiging van een groot aantal intoxicaties is gebaseerd op de identificatie en kwantificering van het geneesmiddel of vergif in lichaamsvloeistof. Wij denken hierbij bijvoorbeeld aan de behandeling van de nog zo veelvuldig voorkomende barbituraatintoxicaties met hemoperfusie op geleide van de serumconcentratie.^{3,4}

Vooralsnog verdient het aanbeveling het door Offerhaus geschreven commentaar als een persoonlijke ontboezeming van de auteur te beschouwen en niet als een voor de Nederlandse situatie adequate beantwoording van de door Joubert eerder gestelde vraag in een niet voor een ieder even toegankelijk vakblad.⁵ In dit verband kan worden gesteld dat de benadering door degenen die thans in ons land de bepalingen van geneesmiddelenconcentraties in de praktijk uitvoeren en de interpretatie van de resultaten verzorgen uiterst terughoudend is. Er is dan ook geen principieel verschil van inzicht op dit gebied tussen Offerhaus en ons. Wél zijn wij van mening, dat het de voorkeur verdient op de genoemde terughoudende wijze van nieuwe mogelijkheden gebruik te maken, liever dan ze, uit vrees voor mogelijk misbruik door medici, bij voorbaat al op de index te plaatsen.

LITERATUUR

¹Offerhaus L. Serumspiegels van geneesmiddelen: een waardevol therapeutisch hulpmiddel of een duur academisch spelletje? *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1784-6.

²Uges DRA. Klinisch-farmaceutische en toxicologische bepalingen in Nederlandse ziekenhuisapotheken. *Pharm Weekbl* 1982; 117: 697-710.

³Van Heijst ANP. The role of the laboratory in the treatment of intoxications with drugs. In: De Wolff FA, Mattie H, Breimer DD, red. *Therapeutic relevance of drug assays*. 's-Gravenhage: Nijhoff, 1979.

⁴De Groot G. *Haemoperfusion in clinical toxicology*. Utrecht: 1982. Proefschrift.

⁵Joubert PH. Serumvlakke van geneesmiddelen: 'n waardevolle therapeutische hulpmiddel of 'n duur academische spelletje? *S Afr Med J* 1978; 53: 113-4.

Leiden, oktober 1982

P. VERMEIJ
F.A. DE WOLFF

De ziekte van De Quervain

Gaarne wil ik enige kanttekeningen plaatsen bij het artikel van CARPENTIER ALTING (1982). In het algemeen kan men laesies van het bewegingsapparaat onderzoeken met een logisch doorgevoerd schema. Wanneer aangetast weefsel gerekt wordt, wordt er pijn aangegeven. Als er een laesie is van contractiel weefsel (spieren en hun pezen), kan pijn opgewekt worden door de aangetaste structuur isometrisch te laten aanspannen. Laesies van inert weefsel (bursae,

ligamenten, kapsel) kan men o.a. onderzoeken door de aangetaste structuur passief te rekken of er druk op uit te oefenen. Passief rekken kan geschieden door afzonderlijk uit te voeren, eenvoudige passieve bewegingen.

Het is de grote verdienste geweest van CYRIAX (1981) om voor het gehele bewegingsapparaat een zeer logisch onderzoekschema, gebaseerd op het bovenstaande, op te stellen, waardoor een groot deel van duistere syndromen zoals PAHS, rotator cuff en andere onbegrepen pijnen en pijntjes van het bewegingsapparaat tot zuiver omschreven en heldere diagnoses worden.

Bij een laesie van de pezen van de Mm. ext. poll. brevis en abd. poll. long. zal dus pijn opgewekt worden als deze pezen gerekt worden. Dit geschiedt bij isometrische aanspanning van de bovengemelde spieren en wel door de duim tegen te houden bij actieve extensie en actieve abductie („weerstandsextensie en -abductie”). Als men dit principe voor ogen houdt, kan de diagnose niet gemist worden. De exacte plaats van de laesie in de pezen wordt verder gevonden door druk uit te oefenen op de verschillende plaatsen van de pezen.

Natuurlijk worden deze pezen gerekt bij de handgreep van Finkelstein. Daarop berust in feite deze handgreep. Maar bij deze proef worden heel wat structuren tegelijk bewogen en gerekt (verschillende gewrichten en ligamenten), waardoor een laesie in deze structuren aangezien zou kunnen worden voor de ziekte van De Quervain. Bovendien is het goed mogelijk dat bij de desbetreffende handgreep de aangetaste pezen van de Mm. ext. poll. brevis en abd. poll. long. niet zodanig lang uitgerekt worden, dat er pijn opgewekt wordt. Dit is de reden waarom de proef van Finkelstein bij deze ziekte niet altijd positief uitvalt, dus onbetrouwbaar is.

De enige betrouwbare diagnostische manoeuvre bij de ziekte van De Quervain is dus de voldoende krachtig uitgevoerde isometrische aanpassing van de desbetreffende spieren, m.n. „weerstandsextensie en -abductie” van de duim.

Een ziekte van De Quervain is verder te genezen met één of ten hoogste twee injecties van 1 ml triamcinolonacetonide susp. in een sterkte van 10 mg/ml. Een sterker steroidpreparaat is niet nodig of zelfs gecontraïndiceerd wegens mogelijk optredende steroidatrofie, hetgeen bij bovengenoemde suspensie niet geschiedt.

Dat een „steroid-therapie” niet altijd lukt, ligt waarschijnlijk aan de toegepaste techniek. De moeilijkheid is nl. om de injectie precies te plaatsen tussen pees en peesschede. Om dit doel te bereiken wordt met de linker hand van de arts de duim van de patiënt maximaal geflecteerd en zijn of haar pols in ulnaire deviatie gehouden (in feite dus de handgreep vgl. Finkelstein). Met de rechter hand van de arts wordt een 2 cm lange naald, met daaraan een spuit gevuld met triamcinolonacetonide, nagenoeg horizontaal ter hoogte van de basis van metacarp. I in de peesschede gestoken. Als de vloeistof tussen pees en peesschede gespoten wordt, zal er tot aan de proc. styl. rad. een worstvormige verhevenheid ontstaan. Als na 10 dagen nog geen volledige genezing verkregen is, wordt een tweede injectie gegeven (Cyriax). Onlangs heb ik drie patiënten, op deze wijze behandeld, volledig klachtenvrij zien worden.

Cyriax acht operatie effectief, maar obsoleet om bovenstaande reden. Ook massage in de vorm van diepe dwarse fricties van de pees gedurende drie (!) maanden doet volgens hem de ziekte genezen, maar is wegens de vele malen snellere bovenvermelde methode ook obsoleet geworden. Wachten op spontane genezing is een nog tijdrovender zaak, nl. drie tot vier jaar.