

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.<sup>3,4</sup>

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.<sup>5</sup> 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

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

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

<sup>3</sup>Van 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.

<sup>4</sup>De Groot G. *Haemoperfusion in clinical toxicology*. Utrecht: 1982. Proefschrift.

<sup>5</sup>Joubert 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.

Overigens zou het zeer wenselijk zijn dat aan de universitaire opleidingsinstituten aan het werk van bovengenoemde auteur meer aandacht besteed zou worden. Vele, meestal onbegrepen pijnklachten zouden dan sneller en adequater gediagnostiseerd en dus behandeld worden dan tot op heden vaak het geval is. Hierdoor zouden veel ongemak, moeite en kosten op den duur gereduceerd kunnen worden.

*Literatuur:* CARPENTIER ALTING, M.P. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1433. – CYRIAC, J. (1981) *Textbook of orthopaedic medicine*, Vol. I, bl. 289 en Vol. II, bl. 230. Baillière Tindall, Londen.

Rijswijk, augustus 1982

B. VAN EGMOND

Gaarne willen wij reageren op het artikel van CARPENTIER ALTING (1982). Met name de hierin beschreven therapievormen hebben ons getroffen. Ons beleid bij patiënten met de ziekte van De Quervain is de volgende: nadat wij bij gezamenlijk onderzoek van de patiënt de diagnose ziekte van De Quervain hebben gesteld, wordt overgegaan tot injectie van 1,0 ml triamcinolonacetonide (Kenacort A-10) in de ontstoken peesschede. Hierna houdt de patiënt gedurende 1 week zoveel mogelijk rust met zijn pols. Deze methode wordt beschreven door CYRIAC (1981). De tot nu toe zo behandelde patiënten waren na 1 week steeds klachtenvrij en zijn dit tot op heden gebleven. Bij één injectie trad reeds binnen 1 uur pijnvrijheid op; mogelijk is er behalve een antiflogistisch effect ook een adhaesiolysiseffect. Men zou dan ook met een neutrale vloeistof, bijv. fysiologisch zout kunnen injiceren, maar tot nu toe hebben wij daar geen ervaring mee. Gezien het snelle en blijvende effect van deze nieuwe therapie wilden we deze graag als alternatief voor de in het artikel genoemde, meer ingrijpende methoden naar voren brengen.

*Literatuur:* CARPENTIER ALTING, M.P. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1433. – CYRIAC, J. (1981) *Textbook of orthopaedic medicine*, 6e druk. Baillière Tindall, Londen.

Pijnacker, augustus 1982

B. RANSHUYSEN  
E. VAN DER WERFF

Collega CARPENTIER ALTING (1982) adviseert in zijn klinische les de behandeling te beginnen met immobilisatie in gips gedurende 2 maal 3 weken, zo nodig gevolgd door operatieve behandeling. Maar ook zegt hij dat „de patiënt aanvankelijk behandeld kan worden met rust waardoor de klachten echter geenszins minder worden”. Rust of geen rust? De vermelde resultaten, waarbij na gemiddeld 3 maanden conservatieve behandeling met gips-immobilisatie de klachten slechts bij 20% van de patiënten verdwenen waren, geven op deze vraag ook geen duidelijk antwoord. (Hoeveel zou 20% van 22 patiënten eigenlijk zijn?) Wellicht waren de patiënten beter af geweest wanneer zij niet naar de (plastische) chirurg, maar naar de reumatoloog waren verwezen, voor wie de ziekte van De Quervain zeker geen vergeten diagnose is. Zij zouden dan waarschijnlijk behandeld zijn met een éénmalige corticosteroid-injectie in de desbetreffende peesschede, zonder „de onvermijdelijkheid van een ontsierend litteken”. Meestal is deze behandeling afdoende en zijn de klachten binnen 1 à 2 weken verdwenen. Soms is een tweede injectie nodig. Complicaties of ongewenste gevolgen hiervan heb ik nooit gezien.

Uit de beschrijving werd niet duidelijk of collega Carpentier Alting deze behandeling ook wel eens toepast. Bij patiënte A vermeldt hij weliswaar dat een poging werd

ondernomen met methylprednisolon, maar er werd niet aangegeven hoe dit werd toegediend.

Deze klinische les is mijns inziens een goede illustratie van het misverstand dat nog bij sommigen leeft, dat aandoeningen van het bewegingsapparaat primair chirurgisch behandeld moeten worden. Zo de huisarts dan al niet aan de goede diagnose denkt, en de patiënt na gemiddeld 3 maanden aanhoudende last verwijst, dan is het wel te hopen dat hij deze fout niet maakt.

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

Dordrecht, september 1982

H. VAN DER LEEDEN

Met belangstelling nam ik kennis van de klinische les van collega CARPENTIER ALTING (1982). Voor de zeer hardnekkige vormen, die met conservatieve therapie niet genezen, is zijn operatieve benadering wellicht soms noodzakelijk. Toch wil ik u erop wijzen, dat in de algemene praktijk de diagnose vaker gesteld wordt dan deze klinische les doet vermoeden. Vooral fabrieksarbeiders, die repeterende handelingen moeten verrichten, waarbij vooral pro- en supination-bewegingen onder kracht, met de pols in radiaire deviatie, staan bloot aan deze aandoening. Zij gebruiken hiervoor allerlei algemeen bekende uitdrukkingen. Zo spreekt men van „de kar in de pols”, of in andere streken van het land van een „kraakpols”. Het overgrote deel van deze patiënten zal nooit het spreekuur van de (plastisch) chirurg bereiken.

Veel van deze tendovaginitiden van de M. abductor pollicis longus en M. extensor pollicis brevis kunnen met een opletend regime goed en snel genezen. Een mijns inziens tijdsverspillende behandeling met drie maanden (!) gips vraagt om moeilijkheden. Een veel alerter beleid is hier vooral in het beginstadium van belang.

Een beleid dat volgens mij beter resultaat geeft is het volgende:

a. Tien dagen rust met een steunend, weinig elastisch verband met als eenvoudige spalk een tongspatel, geplaatst over de mediane zijde van de proc. styloideus radii tot aan de basis van de phalanx van de duim, ten einde radiaal devieren van de pols te voorkomen. Gedurende deze periode kan een antiphlogisticum dienst doen.

b. Bij een aantal patiënten volgt hierop geen enkele verbetering. (Is er wel enige verbetering, dan wacht u nog een week.) Dan is het aan te raden om in de aangetaste peesschede 1 ml triamcinolonacetonide 10 mg/ml te injiceren. (Let op de lage concentratie.) De juiste injectietechniek is hier essentieel voor een geslaagde behandeling. Een Mantoux-spuitje voldoet hier uitstekend (goed te doseren, fijn naaldje). Er moet nooit in de pees zelf gespoten worden, maar precies tussen het peesblad en de schede. Dit is bij een ontstoken peesschede niet moeilijk. Om te weten of men inderdaad goed zit, spuit men 1/10 ml voorzichtig in; komt er juist in het verloop van de aangetaste pees een langwerpige zwelling („worstvorm”), dan zit men goed. Na een week rust is het merendeel van zijn klachten af. Bij restpijn kan nog een tweede injectie gegeven worden.

c. De kleine groep die dan nog klachten heeft, kan met diepe dwarse fricties en ultrasonische therapie redelijk goed geholpen worden. Op deze manier is het overgrote deel van de patiënten met een De Quervain te genezen.

Een tendinitis en (of) een tendovaginitis zullen met langdurige immobilisatie alleen, onvoldoende kunnen genezen. Er zullen dan altijd adhaesies optreden tussen pees en