

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 suppinatie-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 tijverspillende 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

peesschede, waardoor de aandoening recidiveert. De operatietechniek, met alle risico's van dien, zoals door collega Carpentier Alting beschreven, zal een laatste redmiddel moeten blijven. De indruk zou gewekt kunnen worden dat dit de behandeling der keuze zou zijn. Zoals geschetst hoeft het maar zelden nodig te zijn een dergelijke ingrijpende behandeling te doen plaatsvinden.

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

Lunteren, september 1982

R.O. VAN HEUKELOM

Met genoegen las ik de klinische les van collega CARPENTIER ALTING en de daarop gevolgde ingezonden stukken (1982). Toch voel ik mij genoopt enkele kanttekeningen te plaatsen aangezien er een begripsverwarring is ontstaan. De origo hiervan ligt mijns inziens in de zinssnede van collega Carpentier Alting waarbij hij tendovaginitis crepitans op één lijn stelt met de ziekte van De Quervain. Dit is een feitelijke onjuistheid. De tendovaginitis van De Quervain valt onder de tendovaginitis stenosaurs, ook wel tendovaginitis obliterans genoemd.

Wat collega Rozemeier beschrijft is een typische tendovaginitis crepitans. Dit laatste ziektebeeld is een beroepsziekte, vooral voorkomend bij de pezen van de extensoren waarbij de typische droge crepitaties duidelijk op de voorgrond staan. Door rust treedt genezing op. In hardnekkige gevallen kan het wel eens nodig zijn vier tot zes weken een gipsspalk te geven.

De diagnose ziekte van De Quervain moet alleen gesteld worden in die gevallen zoals beschreven door collega Carpentier Alting, waarbij crepitaties niet of nauwelijks optreden, waarbij de peesschede van de M. abductor pollicis longus en M. extensor pollicis brevis alleen is aangetast en de afwijking ook duidelijk gelokaliseerd is bij de processus styloideus radii. Voor de chirurgen onder de lezers is dit alles gesneden koek.

Het verschil is dus niet een verschil tussen murale en extramuraal geneeskunde maar een kwestie van diagnostiek.

Tot slot wil ik gaarne de ervaringen onderschrijven van de collegae Lagendijk en De Wolf.

*Literatuur:* CARPENTIER ALTING M.P. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1433. – Ingezonden (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1888.

Bilthoven, oktober 1982

A.J.M. VAN GROOTEL

Terecht stelt collega Van Heukelom dat operatieve behandeling van de patiënten met de ziekte van De Quervain laatste redmiddel moet blijven, hetgeen ik in mijn klinische les ook tot uitdrukking heb willen brengen.

Gezien de goede resultaten van de commentaren met de injecties van corticosteroiden zal ik voortaan deze inspuitingen toevoegen aan mijn conservatieve voorbehandeling in de hoop op gunstig resultaat.

Met collega Van der Werff en collega Van Egmond ben ik het volstrekt eens dat het werk van Cyriax meer aandacht verdient, met name wegens zijn zuivere diagnostiek. Met zijn voorgestelde behandeling kan ik mij niet altijd verenigen.

Collega Van Grootel brengt orde in verwarrende nomenclatuur in die zin dat een acute tendovaginitis het bijvoegsel crepitans krijgt, terwijl de chronische vorm van de tendovaginitis de tendovaginitis stenosaurs of obliterans genoemd wordt, overeenstemmend met het originele artikel van De Quervain.

Collega Van der Leeden schijnt in de veronderstelling te leven dat „chirurgische behandeling” een operatieve behandeling inhoudt, hetgeen een reeds lang bestaand doch bekend misverstand is.

Het is te hopen dat deze les en de commentaren daarop ertoe zullen leiden dat van de grote scala van pijnklachten rond de pols, die welke op peesschede-irritaties van de acute vorm berusten, niet meer over zullen gaan in de chronische vorm en dat de chronische vorm niet meer chronisch zal blijven.

Utrecht, oktober 1982

M.P. CARPENTIER ALTING

## BERICHTEN

### Buitenland

#### VERENIGDE STATEN

*Vaccin tegen herpes simplex-virus type I en type II.* – Het herpes simplex-virus bevat in de kapsel een vijftal glycoproteïnen (gA-gE) die immunoreactief zijn. Watson e.a. van Molecular Genetics, Inc. in Minneapolis toonden aan dat gC en gE typespecifiek zijn, maar dat het antiserum tegen gD in vitro de infectiositeit zowel van type I als van type II neutraliseert. Ook monoklonale antistoffen tegen enkele antigenen determinanten (epitopen) van glycoproteïne D van type I bleken beide typen van het herpes simplex-virus onwerkzaam te maken. De onderzoekers brachten de genetische code van een glycoproteïne D polypeptide van HSV I over in *Escherichia coli* en konden daardoor een proteïne bereiden die bij konijnen neutraliserende antistoffen tegen HSV I en HSV II opwekt. Zij menen dat zo een veilig, goedkoop en goed werkzaam vaccin tegen de twee herpesinfecties kan worden bereid. (*Science* (1982) 218, 381.)

*Herstel van traumatische ruggemerglaesies met clonidine.* – Bij traumatische beschadiging door compressie van het ruggemerg ontstaan in de celwand van de opstijgende en dalende zenuwbanen veranderingen van de fosfolipiden. Daardoor worden de vorming van belangrijke enzymen en de koppeling van transmitters en receptoren gestoord. Omdat de zenuwbanen, die prikkels in de richting van de laesie geleiden, intact blijven, is van daaruit herstel van de onderbroken banen mogelijk. Naftchi van het biochemische en farmacologische laboratorium van het Medisch centrum van de Universiteit van New York veronderstelde dat een specifieke activator van zenuwcelmembranreceptoren het functionele herstel van de celmembraan op de plaats van onderbreking zou kunnen bevorderen. Hij koos hiervoor het middel clonidine, dat de  $\alpha_2$ -adrenergereceptoren in de presynaptische zenuwuiteinden activeert. Bij katten laeddeerde hij het ruggemerg tussen Th3 en Th5 waardoor slappe verlammingen ontstonden en de elektrische reacties op sensorische prikkels (SEP) binnen 20 minuten verdwenen. Na toediening van clonidine i.v. en per os, een maand