

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Hoedt u voor het etiket

Met grote belangstelling heb ik de klinische les van Carlier en Van der Does in ons tijdschrift gelezen.¹ Steeds valt weer op dat fouten en vergissingen leerzamer zijn dan succesverhalen. Toch wil ik graag op een paar punten uit deze les ingaan.

Achteraf gesproken zou natuurlijk ook de huisarts zelf in een vroeg stadium de faeces op occult bloed hebben kunnen onderzoeken.² Of hij daarbij direct op het goede spoor gezeten zou hebben blijft natuurlijk de vraag, maar een spastisch colon voor de eerste keer gediagnostiseerd bij iemand van bijna 80 jaar wordt door de auteurs zelf kennelijk ook vreemd gevonden.

Dat de te hulp geroepen cardioloog rechtstreeks doorverwijst naar de internist en dat de internist klachten buiten zijn vakgebied diagnostiseert én behandelt, kan misschien voorkomen worden door iedere verwijsbrief te laten eindigen met het verzoek om terugverwijzing zodra er geen afwijkingen op het terrein van de bewuste specialist gevonden worden. Zo stelt de huisarts zich op als de ware manager van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Ik weet niet hoelang geleden de auteurs van deze les de collegebanken verlieten, maar ik kan u verzekeren dat de leerling-leermeesterrelatie met betrekking tot de huisarts nog steeds levend wordt gehouden. Niet alleen studenten en (co-)assistenten, ook huisartsen en patiënten worden zo nu en dan pijnlijk bewust gemaakt van hun minderwaardigheid. De huisarts moet het tijdens de colleges en patiëntdemonstraties vaak ontgelden. Hij heeft de patiënt meestal behandeld of te laat ingestuurd. Studenten krijgen hierdoor een zeer verkeerd eenzijdig beeld van de huisartsgemeenschap als een soort tweederangs geneeskunde.

Gelukkig zijn op verschillende universiteiten in Nederland onlangs nieuwe hoogleraren in de huisartsgeneeskunde benoemd. Ik denk dat vanuit deze officiële huisartseninstituten druk moet worden uitgeoefend op de verschillende (deel-)specialisten, de – bij voorkeur eigen – huisarts meer te betrekken bij het patiëntenonderwijs. Op die manier kunnen beiden, huisarts en specialist, zowel leerling als leermeester blijven.

LITERATUUR

¹Carlier T, Does E van der. Hoedt u voor het etiket. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1945-6.

²Tongeren JHM van. Een bevolkingsonderzoek naar colon- en rectumcarcinoom met behulp van de Hemocult-test. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1967-9.

Leiden, november 1982

G.A. VAN DER STEENHOVEN

Inderdaad is de diagnose spastisch colon bij een bejaarde een diagnose die men eigenlijk niet moet stellen. De faeces waren door ons op occult bloed onderzocht en negatief bevonden. De moeilijkheid daarbij is dat, als de reactie positief is men iets weet en dat, als de reactie negatief is de twijfel wel kan verminderen, maar bij blijvende klachten nooit nul mag worden. Het beleid om aan de specialist te vragen patiënt (soms zo snel mogelijk) terug te verwijzen indien er op diens terrein geen afwijkingen gevonden worden en indien dit verantwoord is, wordt al lang door ons

nagestreefd. Dit betekent niet dat dat dan ook goed werkt. Soms worden verwijsbrieven in principe niet gelezen of slechts eenmalig, waarbij de vraag van de huisarts mogelijk vergeten wordt nadat de brief is opgeborgen.

Ik denk dat collega Van der Steenhoven gelijk heeft als hij stelt dat nogal eens fouten, door huisartsen gemaakt, door klinici gedemonstreerd worden. Dit is op zichzelf genomen niet zo erg, want, zoals collega Van der Steenhoven in de aanhef van zijn brief stelt: fouten zijn leerzamer dan succesverhalen. Jammer echter als dit tot generalisaties leidt over een hele groep. Vervelender is echter dat de clinicus vaak demonstreert zonder voldoende voorkennis van de ziektegeschiedenis vóór de verwijzing. Ik (v.d. D.) zou dit met talrijke voorbeelden kunnen staven. Ook is onjuist als de clinicus, indien patiënt goed en gericht verwezen is, dit niet vertelt, maar begint met het verhaal bij de deur van het ziekenhuis, terwijl de geschiedenis van mensen toch een continuum is. Wat zou kunnen helpen, zijn gemeenschappelijke demonstraties van patiënten door huisarts en clinicus samen voor medische studenten. Dit kan helpen om: (1) de communicatie eerste- en tweedelijns te verbeteren; (2) van elkaar te leren; (3) de student bewust te maken van het feit dat de geschiedenis van mensen een continuum is, waarbij ziekte een bepaalde rol speelt. Dit gebeurt zeker al in het onderwijs aan medische faculteiten, maar nog niet genoeg en niet systematisch genoeg. Ook nascholing waarbij een bepaalde structuur wordt nagestreefd (Warffum-cursus; tweedaagse blokcurssussen), kunnen helpen de communicatie huisarts-specialist te verbeteren ten behoeve van een optimale gezondheidszorg.

Rotterdam, december 1982

E. VAN DER DOES
T.C.T. CARLIER

Gelukkig is uw enkel niet gebroken, hooguit verstuikt

Het artikel van Van der Werken en Marti is zeer overzichtelijk en instructief.¹ Ter aanvulling zou ik het volgende willen opmerken. Bij de enkeldistorsie kan tijdens het inversietrauma ook de talus tegen de fibula stoten. Hierbij kan een osteochondrale fractuur veroorzaakt worden aan de mediale zijde van de malleolus lateralis. Deze fractuur is echter zeldzaam. Vaker ziet men een osteochondrale fractuur ontstaan aan de superieure laterale zijde van de trochlea tali, de zogenaamde „talar dome“-fractuur.²

Aan de mediale zijde van de trochlea tali kan tijdens een inversietrauma ook een osteochondrale fractuur ontstaan, vaak aan de achterzijde van de trochlea. Deze fractuur ontstaat vaak tijdens een enkeldistorsie, welke optreedt tijdens het neerkomen bij balspelen zoals volleybal, handbal of basketbal. Het smalste deel van de talus bevindt zich dan in de enkelvork. Door compressie (impact) ontstaat dan deze fractuur zonder bandletsel, terwijl op standaard-röntgenopnamen deze afwijkingen vaak niet zijn te zien, omdat bij de standaard-A.P.-opname van de enkel deze, relatief aan de achterzijde gelegen fractuur niet wordt vrij geprojecteerd. Een A.P.-opname in maximale plantairflexie maakt deze osteochondrale fractuur meestal wel zichtbaar.

¹Werken Chr van der, Marti R. Gelukkig is uw enkel niet gebroken, hooguit verstuikt. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2129-32.

²Mukherjee SK, Young AB. Dome fractures of the talus. J Bone Joint Surg (Br) 1973; 55: 319.

's-Gravenhage, november 1982

A.W.F.M. FIÉVEZ

In de afgelopen maand zagen wij op onze polikliniek een drietal patiënten, dat klachten bleef houden na een enkel-dorsie. Bij allen was een forse intra-articulaire fractuur rondom de talus en calcaneus onopgemerkt gebleven. Het artikel van Van der Werken en Marti zal er ongetwijfeld toe bijdragen dat men meer op deze fracturen gaat letten.¹

Gaarne zou ik echter een opmerking willen maken naar aanleiding van hun behandelingsadvies voor fracturen van metatarsale V. Zij maken daarbij geen onderscheid tussen basisfracturen, tuberositasfracturen, fracturen door de proximale schacht, de Jones-fracturen (patiënt D is een fraai voorbeeld van deze laatste). Deze indeling wordt wel aangehouden in de literatuur: de tuberositasfracturen worden niet operatief behandeld. Een drukverband of eventueel gips voor het comfort van de patiënt wordt geadviseerd. Bij nacontrole van 100 patiënten die aldus werden behandeld bleken allen klachtenvrij te zijn.²

De proximale schachtfracturen daarentegen genezen na conservatieve behandeling vrijwel nooit. Alleen dus de proximale schachtfractuur van metatarsale V kan een indicatie tot primair operatief herstel rechtvaardigen.

LITERATUUR

¹Werken Chr van der, Marti R. Gelukkig is uw enkel niet gebroken, hooguit verstuikt. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2129-32.

²Dameron TB. Fractures and anatomical variations of the proximal portion of the fifth metatarsal. J Bone Joint Surg (Am) 1975; 57: 788-92.

Amsterdam, december 1982

P.J. STRUBEN

Collega Struben heeft volkomen gelijk dat voor de behandeling onderscheid dient te worden gemaakt tussen fracturen van de tuberositas en van de schacht van het 5e os metatarsale. Een groot deel van de tuberositasfracturen is in het geheel niet gedислоqueerd; het zijn subperiostale fracturen die onbeweeglijk blijven gedurende de genezing. Bij dislocatie ontbreekt deze natuurlijke stabiliteit met gevaar voor verdere diastase, langzame genezing, langdurige pijn en uiteindelijke pseudartrose. Vooral ook omdat het een intra-articulaire fractuur betreft geven wij daarom in deze gevallen aan eenvoudige operatieve behandeling de voorkeur.

Nijmegen,
Amsterdam, december 1982

CHR. VAN DER WERKEN
R. MARTI

Fertiliteit na orchidopexie wegens maldescensus testis

Reeds lang worden discussies over tijdstip en wijze van behandeling van niet normaal ingedaalde testes gevoerd. Histologisch onderzoek¹ en semenanalyses^{2,3} maken aannemelijk dat vroege operatie door kundige operateurs raadzaam is. Er bestond echter steeds behoefte aan een goed

onderzoek naar het nakomelingschap van patiënten bij wie orchidopexie is verricht. Het artikel van Theuvenet, Vos en Kremer voorziet in deze behoefte.⁴

De conclusie die zij trekken is echter niet geheel juist. Uit hun resultaten blijkt namelijk dat 8 van de 20 patiënten bij wie orchidopexie beiderzijds werd verricht ongewenst kinderloos waren, in tegenstelling tot 6 van de 83 patiënten met kinderwens die éézijdige orchidopexie ondergingen. Dit verschil is statistisch significant ($\chi^2 = 12,07$; $P < 0,001$). Dit betekent dat de kans om ongewenst kinderloos te blijven bij de patiënten die orchidopexie beiderzijds omtrent het 12e jaar ondergaan significant groter is dan bij patiënten die éézijdige orchidopexie rond die leeftijd ondergaan. Gegevens over de fertiliteit van Nederlandse mannen zijn mij niet bekend. Er zijn echter geen redenen om aan te nemen dat deze lager ligt dan de fertiliteit van de patiënten die éézijdige orchidopexie ondergingen.

Op grond van het bovenstaande blijft het gerechtvaardigd bij beiderzijds abnormaal gelegen testes vroeger te opereren. Te zijner tijd zal echter ook een na-onderzoek verricht dienen te worden naar het nakomelingschap van patiënten die op jongere leeftijd beiderzijds orchidopexie ondergaan.

LITERATUUR

¹Hadziselemovic F, Sguchi H. Z Kinderchir 1973; 12: 376.

²Hecker WCh. MMW 1971; 113: 1125.

³Hoesli PO. Acta Urol (Kyoto) 1971; 4: 606.

⁴Theuvenet WJ, Vos LJM, Kremer J. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1947.

Hoorn, december 1982

R.A. HIRASING

Het verheugt ons dat Hirasing ons artikel als een goed onderzoek beschouwt waaraan behoefte bestond. De conclusie die wij trekken lijkt ons echter wel juist, nl. dat het merendeel van de mannen bij wie omtrent het 12e jaar orchidopexie wordt verricht, zelfs indien dit bilateraal geschiedt, op latere leeftijd in staat is kinderen te verwekken; bij de bilateraal geopereerden 60%, bij de unilateraal geopereerden 87-96%. Wij concludeerden niet dat er geen verschil zou bestaan tussen de bilateraal en de unilateraal geopereerden. Dat significante verschil blijkt duidelijk uit de percentages. Hirasing toont hetzelfde aan via een andere weg.

De conclusie die hij uit dit verschil trekt, nl. dat het gerechtvaardigd blijft bij beiderzijds abnormaal gelegen testes vroeger te opereren, lijkt ons echter voorbarig. Wil men uit het verschil tussen unilateraal en bilateraal geopereerden toch een conclusie trekken dan is waarschijnlijk de enige gerechtvaardigde dat het geen zin heeft om een unilaterale orchidopexie op zeer jeugdige leeftijd uit te voeren, omdat een operatie omstreeks het 12e jaar 87-96% fertiliteit geeft.

Aan het grotere percentage ongewenst kinderloos gebleven mannen na beiderzijdse retentio testis kunnen geheel andere oorzaken ten grondslag liggen dan het niet ingedaald zijn op zichzelf. Een goed na-onderzoek naar de fertiliteit van vroeg (bijv. voor het 3e jaar) geopereerden zal hierin duidelijkheid moeten brengen. Zolang hierover, en over de eventuele reversibiliteit van de histologische veranderingen in de testikel nadat orchidopexie is verricht, niet meer zekerheid bestaat, is besluiten tot vroeg opereren een gevoelsmatige beslissing.

Groningen, januari 1983

L.J.M. DE VOS,
namens de auteurs