

dun, doorschijnend en krijgt het uiterlijk van een uitgedroogde appel. Bij sommige patiënten doen zich ook gewrichtsklachten voor. ECM en ACA worden af en toe gezien bij dezelfde patiënt. Aangezien ACA langzaam verloopt, ECM soms maar weinig klachten geeft en de patiënt zich slechts zelden de tekebeet kan herinneren, zijn beide huidandoeningen waarschijnlijk niet vaak met elkaar in verband gebracht. Ook bij ACA werd al geruime tijd aan een spirocheet gedacht als verwekker. Gesteund door de Amerikaanse onderzoeken bij Lyme-ziekte vonden Ackerman et al. hiervoor duidelijke aanwijzingen.<sup>5</sup> Bij alle 21 door hen onderzochte patiënten met ACA konden zij met behulp van de indirecte immunofluorescentiemethode IgG-antistoffen aantonen tegen de verwekker van ECM in een titer van 1/64 tot 1/1024.

Men mag verwachten dat over enkele jaren meer bekend is over de verwekker en dat er een serologische methode wordt gevonden, zoals bij syfilis, waarmee de diagnose van deze huid- en gewrichtsaandoeningen eerder en beter gesteld kan worden.

LITERATUUR

<sup>1</sup> Burgdorfer W, Barbour AG, Hayes SF, Benach JL, Grunwaldt E, Davis JP. Lyme disease - a tick-borne spirochetosis? Science 1982; 216: 1317-9.  
<sup>2</sup> Steere AC, Grootzicki RL, Kornblatt AN, et al. The spirochetal etiology of Lyme disease. N Engl J Med 1983; 308: 733-40.  
<sup>3</sup> Benack JL, Bosler EM, Hanrahan JP, et al. Spirochetes isolated from the blood of two patients with Lyme disease. N Engl J Med 1983; 308: 740-2.  
<sup>4</sup> Goltz RW, Burgdorf WHC. Anetoderma and acrodermatitis chronica atrophicans. In: Fitzpatrick TB, et al., eds. Dermatology in general medicine. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1979.  
<sup>5</sup> Ackermann R, Boisten HP, Kabatzki J, Runne U, Krüger K, Herrmann WP. Serumantikörper gegen Ixodes-ricinus-Spirochäte bei Acrodermatitis chronica atrophicans (Herxheimer). Dtsch Med Wochenschr 1984; 109: 6-10.

J.J.E. VAN EVERDINGEN

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)*

*Fissura ani; behandelingsresultaten na laterale interne sfincterotomie*

Bij het artikel van Schouten en Van Vroonhoven zou ik enkele kanttekeningen willen plaatsen bij hun beschouwing over de oorzaak van de anale fissuur.<sup>1</sup> Ook zij gaan, zoals zo velen, uit van de veronderstelling dat bij de anale fissuur sprake is van een spasme van de interne sphincter. Hiervan blijkt echter geen sprake te zijn. Het feit dat de interne sphincter verslapt na opblazen van een rectaal ingebrachte ballon (inhibitierreflex), zoals ook zij beschrijven, sluit een interne-sphincterspasmie uit.<sup>2</sup> De rustdruk in het anale kanaal wordt bij normale personen inderdaad voornamelijk veroorzaakt door de interne-sphinctertonus.<sup>3</sup> Bij een patiënt met fissura ani is dit echter nooit onderzocht, zodat een groter dan normaal aandeel van de externe sphincter in deze hogedrukzone niet definitief kan worden uitgesloten. Slechts door bij deze patiënten ook tijdens de narcose de anale druk te meten (uitschakeling van de externe sphincter) en de gemeten waarden te vergelijken met die tijdens de operatie, kan dit bepaald worden.

„Children can't fly”

Twaalf procent van de dodelijke ongevallen bij kinderen jonger dan 16 jaar in New York bleek veroorzaakt te worden door een val van grote hoogte. Barlow et al. analyseerden de gegevens van 61 kinderen die na zo'n val in de afgelopen 10 jaar in het Harlem Hospital werden opgenomen.<sup>1</sup> Bijna driekwart van hen waren jongens, ruim de helft was jonger dan 4 jaar; 80% van de ongevallen deed zich voor tussen 12 en 21 uur en 46% in de zomer. Zes kinderen hadden slechts schaafwonden; 16 kinderen hadden één groot en de overige 39 meer dan één letsel.

Bij een val van de 3e etage of lager kwamen alleen fracturen en schedelletsels voor: bij een val van grotere hoogte werden tevens verwondingen aan buik- en thoraxorganen gezien, waarvoor 7 maal spoedlaparotomie moest worden uitgevoerd. De sterfte deed zich alleen in deze laatste groep voor: 9 kinderen waren bij binnenkomst reeds overleden, 2 stierven nog op het ongevallencentrum en 3 binnen 24 uur. Zoals te verwachten is, stijgt de sterfte met de etage: tot en met de 3e etage is er geen sterfte, terwijl ze bij een val van de 5-6e etage al 50% is. Overigens wordt deze 50% sterfte bij volwassenen al vanaf de 3-4e etage bereikt.

Van de 47 kinderen die hun val overleefden, hadden er 3 geringe lichamelijke en 14 geestelijke restverschijnselen. Nadat onder het actiemotto „children can't fly” wettelijke voorschriften voor de veiligheid van ramen waren genomen, is sinds deze wet in 1979 van kracht werd nog slechts 1 kind uit het raam gevallen tegen het statistisch te verwachten aantal van 16: een daling dus van 96%!

LITERATUUR

<sup>1</sup> Barlow B, Niemirska M, Gandhi RP, Leblanc W. Ten years of experience with falls from a height in children. J Pediatr Surg 1983; 18: 509-11.

L.A. BOUVY

Een daling van de anale druk na partieel klieven van de interne sphincter is begrijpelijk; ook anderen toonden dit aan.<sup>4</sup> Hieruit mag echter niet worden geconcludeerd dat deze hoge rustdruk de oorzaak is van de fissura ani. Deze hoge rustdruk zou immers ook een gevolg kunnen zijn van de fissuur. Van 177 patiënten bij wie wij anale manometrie verrichtten, hadden 16 patiënten (9%) een vergelijkbare hoge druk zonder ooit klachten van een fissuur te hebben gehad.

Tenslotte kan men zich afvragen of het feit dat de sfincterotomie kan plaatsvinden onder plaatselijke verdoving, deze handeling ook rechtvaardigt. Een onderzoek van het anale kanaal onder lokale anesthesie lijkt mij niet goed mogelijk, en wordt door de auteurs dan ook niet verricht. Andere intra-ale afwijkingen zoals de hypertrofische anale papil die vaak bij de fissuur voorkomt,<sup>5</sup> en het chronische intersfincterische abces,<sup>6</sup> die beide soortgelijke klachten geven als de fissuur, kunnen dan ook niet worden uitgesloten. Deze afwijkingen zijn klaarblijkelijk bij hun patiënten niet voorgekomen; wij zien ze niet vaak, maar wel regelmatig.

Overigens toont hun fraaie resultaat eens te meer aan dat

De laterale interne sfincterotomie een geschikte methode is voor de behandeling van de anale fissuur en de resultaten van de divulsio ani (een recidief van 14% bij 64 patiënten in onze oude reeks) verre overtreft. Of deze operatie ook verricht dient te worden bij patiënten met een anamnese van enkele dagen kan men betwijfelen, omdat deze kort bestaande fissuren goed toegankelijk zijn voor conservatieve behandeling<sup>7</sup> en, naar mijn mening, een hoge rustdruk alléén geen indicatie mag vormen voor een sfincterotomie.

#### LITERATUUR

- 1 Schouten WR, Vroonhoven ThJMV van. Fissura ani; behandelingsresultaten na laterale interne sfincterotomie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 540-3.
- 2 Kuijpers HC. Is there really sphincter spasm in anal fissure? Dis Colon Rectum 1983; 26: 493-4.
- 3 Duthie HL, Watts JM. Contribution of the external anal sphincter to the pressure zone in the anal canal. Gut 1965; 6: 64-8.
- 4 Fischer M, Therman M, Hamelmann H. Manometrische Untersuchungen des Analkanals bei per primär chronischen Fissure vor und nach der Behandlung durch Dehnung oder Sphincterotomie. Chirurg 1978; 49: 111-3.
- 5 Shackelford RT. Surgery of the alimentary tract. Philadelphia: WB Saunders, 1955.
- 6 Parks AG, Thomson JPS. Intersphincteric abscess. Br Med J 1973; i: 537-9.
- 7 Goedbey S, Gordon P, Nivatvurys S. Essentials of anorectal surgery. Philadelphia: Lippincott, 1980.

Nijmegen, april 1984

J.H.C. KUYPERS

Zoals algemeen bekend is, gaat een fissura ani gepaard met een verhoogde rustdruk in het anale kanaal. Ook bij onze patiënten was deze rustdruk vergeleken met controlepersonen statistisch duidelijk hoger. Het is ons nog steeds niet helemaal duidelijk of deze hoge rustdruk oorzaak dan wel gevolg is van de fissura ani. Omdat bij de meeste patiënten met hemorroiden en bij patiënten met obstipatie vaak een vergelijkbare hoge druk wordt gevonden, gaat naar ons idee de hoge rustdruk in het anale kanaal vooraf aan het ontstaan van een fissuur of hemorroiden. Misschien predisponeert de hoge rustdruk tot deze aandoeningen, hetgeen echter nog door niemand bewezen is. Wij zijn ervan overtuigd dat de interne sphincter de hoge anale druk veroorzaakt. Deze overtuiging is vooral gebaseerd op het feit dat het partieel klieven van de interne sphincter niet alleen leidt tot een daling van de druk tot normale waarde maar ook tot een volledige genezing van de fissuur. Tijdens de door ons beschreven laterale interne sfincterotomie welke onder plaatselijke verdoving plaatsvindt, wordt de fissuur ongemoeid gelaten evenals de externe sphincter. Wij gebruiken geen spreider, zodat van een eventueel „therapeutisch” oprekken van de kringpijlen geen sprake is. Als de externe sphincter de oorzaak zou zijn, hoe is dan toch de genezing van de fissuur te verklaren na het simpel klieven van de interne sphincter?

Omdat de interne sphincter zich nog kan relaxeren, kan er volgens collega Kuypers geen sprake zijn van spasme. Wij kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat hij, na bestudering van een medische dictionaire, te veel uitgaat van de letterlijke betekenis van het woord spasme. Het lijkt ons dan ook nuttig het woord spasme van nu af aan niet meer te gebruiken. Om misverstanden te voorkomen is het waarschijnlijk beter te spreken van verhoogde activiteit of hypertonie van de interne sphincter, waarvan de verhoogde druk in het anale kanaal een uiting is. Het feit dat de interne-sphincterreflex is op te wekken, zegt alleen iets over de functie en niet over de activiteit van de interne sphincter.

Met collega Kuypers delen wij de mening dat een hoge rustdruk alléén geen reden is voor een sfincterotomie. De aanwezigheid van een fissuur is dat wel. En een fissuur kan men zien, zeker na toediening van een lokaal anaestheticum. Bij een zichtbare fissuur is verder onderzoek van het anale kanaal volstrekt overbodig. Een sfincterotomie onder plaatselijke verdoving is dat zeker niet.

Tilburg, april 1984

W.R. SCHOUTEN

### *De ziekte van Kawasaki, stof voor speculatie*

De collegae Winterberg en Krol bespraken de ziekte van Kawasaki en voegden aan de titel de woorden „stof voor speculatie” toe.<sup>1</sup>

Destijds beschreven de kinderarts Harinck en ikzelf in dit tijdschrift twee zuigelingen met necrotiserende arteriitis met aneurysmavorming van de kransvaten.<sup>2</sup> Deze ziektegevallen zouden thans als ziekte van Kawasaki worden bestempeld. In tegenstelling tot veel andere gepubliceerde gevallen konden wij bij een van deze patiëntjes een virusinfectie vaststellen, nl. door cytomegalovirus. Hierbij zij aangetekend dat behalve de isolatie van het virus uit het mondspoelsel, ook een stijging van de titers tijdens de ziekte kon worden waargenomen. Gelet op het bijzondere karakter van deze waarneming, menen wij dat het wellicht van belang is, deze reeds eerder gepubliceerde gevallen nogmaals onder de aandacht te brengen.

#### LITERATUUR

- 1 Winterberg DH, Krol LJ. De ziekte van Kawasaki, stof voor speculatie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 593-5.
- 2 Kolen JW, Harinck E. Necrotiserende arteriitis met aneurysmavorming van de kransvaten bij zuigelingen. Ned Tijdschr Geneesk 1969; 113: 391-5.

Nijmegen, april 1984

J.W. KOTEN

Met veel belangstelling hebben wij het artikel van de collegae Kolen en Harinck uit 1969 gelezen.<sup>1</sup> De door hen beschreven ziektegevallen hebben inderdaad veel overeenkomst met wat tegenwoordig als ziekte van Kawasaki zou worden aangeduid. De bij een van de patiëntjes vastgestelde infectie met cytomegalovirus is een interessante waarneming. De betekenis hiervan is echter onduidelijk; misschien ging het in dit geval om een intercurrente infectie. Voor zover wij konden nagaan, is in de literatuur geen melding gemaakt van infecties met cytomegalovirus bij het mucocutane lymfekliersyndroom.<sup>2,3</sup>

#### LITERATUUR

- 1 Kolen JW, Harinck E. Necrotiserende arteriitis met aneurysmavorming van de kransvaten bij zuigelingen. Ned Tijdschr Geneesk 1969; 113: 391-5.
- 2 Yanagihara R, Todd JK. Acute febrile mucocutaneous lymph node syndrome. Am J Dis Child 1980; 134: 603-14.
- 3 Anonymus. Kawasaki's - might it be? Lancet 1982; ii: 1441-2.

Amsterdam, april 1984

D.H. WINTERBERG  
L.J. KROL

Tenslotte is het zover: het „Kaukasische ras” duikt op in het tijdschrift.<sup>1</sup> Over deze uit de Verenigde Staten overgewaarde term schreef Freedman onlangs een belangwekkend artikel.<sup>2</sup> Met Kaukasisch ras worden bedoeld blanke Euro-