

clanicus als de arts. Het gaat mij te ver, wanneer Sturm stelt dat elke banale kweek ook een intercollegiaal consult inhoudt. De clinicus is primair verantwoordelijk voor de patiënt en dient voldoende kennis van de infectieziekten te hebben. De differentiële diagnose bij een banale kweek wordt op het laboratorium gemaakt en vertaalt tot: Welke voedingsbodems moeten worden gebruikt? Begeleiding van de clinicus in het gebruik van de laboratoriumfaciliteiten en antibiotica zal via algemeen geldende afspraken lopen. Op praktische gronden is het voor de laboratoriumarts slechts mogelijk patiënten te bezoeken bij wie het klinische beeld of de kweekuitslag iets bijzonders toont. In deze gevallen zal de klinisch bacterioloog mede de „dd” opstellen. Bij de „routinekweken” met „routine-antwoorden” zal er bij goede afspraken geen behoefte zijn aan nader overleg.

In ons laboratorium wordt een routine-urinekweek 24 uur bebroed, de overige banale kweken 48 uur, tenzij in de „dd” langzaam groeiende micro-organismen voorkomen; dan wordt een kweek langer bebroed. Een oriënterende gevoeligheidsbepaling na 6 uur is vaak mogelijk, maar vereist, dat de bepaling vóór 11 uur wordt ingezet of dat er 's avonds iemand voor terugkomt. Gezien de werkbelasting is 11 uur veelal niet haalbaar. Terugkomen wordt bij ons om financiële redenen alleen gedaan indien de klinische toestand van de patiënt dit vereist.

Rotterdam, juli 1984

W.D.H. HENDRIKS

Het kukelfenomeen: een Nederlands begrip in de fysische diagnostiek van mitralisinsufficiëntie

Ongetwijfeld frissen Janssen et al. met hun artikel over het kukelfenomeen bij menigeen de kennis van de auscultatie van het hart op.¹ Het voorstel om het kukelfenomeen tot een „officiële” Nederlands begrip in de cardiologie uit te roepen juichen wij van harte toe, te meer daar deze benaming van de beschreven verschijnselen al ruim 20 jaar lang gebruikt wordt door alle cardiologen die zijn opgeleid in het St. Antonius Ziekenhuis, destijds in Utrecht, nu in Nieuwegein.

Het verhaal „Tom Poes en het kukel” werd in eerste instantie gepubliceerd in „De Volkskrant” in de periode 5 februari tot 27 april 1963 en het is collega F.J. Slooff geweest die toen al, na het lezen van dit ochtendblad, bij een jongeman met forse mitralisklepinsufficiëntie door chordae-ruptuur het kukelfenomeen introduceerde in de cardiologie. Dit begrip wordt sindsdien nog altijd aan alle assistenten in het St. Antonius Ziekenhuis overgedragen.

LITERATUUR

¹ Janssen JHA, Loomans LWM, Kootstra GJ. Het kukelfenomeen: een Nederlands begrip in de fysische diagnostiek van mitralisinsufficiëntie. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1229-32.

Enschede, juli 1984

Mw. A.H.M.M. BALK
C. KROON
A.J.M. TIMMERMANS

Het doet mij genoegen dat meer collegae over een pluskukel beschikken. Met betrekking tot collega F.J. Slooff wil ik graag „een heer van stand” citeren: „Als heer heb ik bewezen tot dingen in staat te zijn die boven het denken uitgaan”, en dat is nog beter dan een pluskukel.¹ Ik wil onze collegae bedanken voor hun reactie en hoop dat

deze hernieuwde belangstelling voor het beeldverhaal het lichamelijk onderzoek bij de patiënt met een geruis aan het hart ten goede komt.

LITERATUUR

¹ Marjolein Mendels. Toonders kukel. Uitgeverij Panda, 1977: 26-42.

Maastricht, augustus 1984

J.H.A. JANSSEN

Naar aanleiding van het artikel van Janssen et al. over het kukelfenomeen, vraag ik de auteurs om een toelichting: op welke plaats op het hoofd is dit verschijnsel het beste waar te nemen en wat is hierbij de invloed van het hoofdhaar? Prof. Prlwitzkofsky is namelijk vrijwel kaal.

LITERATUUR

¹ Janssen JHA, Loomans LWM, Kootstra GJ. Het kukelfenomeen: een Nederlands begrip in de fysische diagnostiek van mitralisinsufficiëntie. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1229-32.

Maastricht, juli 1984

J. ZUIDWEG

Geen van de beschreven patiënten was kaal. De storing op het fonocardiogram werd mede veroorzaakt door de transducer op het hoofdhaar te plaatsen. Omdat men niet herkent wat men niet kent, ben ik ervan overtuigd dat collega Zuidweg geen problemen zal hebben met het kukelfenomeen als hij bij het onderzoek van de mitralisinsufficiëntie het geruis volgt tot op het achterhoofd van de patiënt.

Maastricht, augustus 1984

J.H.A. JANSSEN

Aseptische botnecrose van de femurkop in de zwangerschap

Bij bestudering van de ziektegeschiedenissen die Bree-derveld en Patka beschrijven blijkt, dat het bewijs van femurkopnecrose in beide gevallen ontbreekt, m.a.w. femurkopnecrose werd als oorzaak vermoed.¹ De schrijvers vermelden terecht, dat er onderzoekers zijn die spreken van „transitory demineralisation” en idiopathische algodystrofie, doch zijn van mening dat beter gesproken kan worden van idiopathische femurkopnecrose. Op grond van welke overweging? Het antwoord luidt: daar geen van deze theorieën bewezen is.

In dit verband zij het mij vergund te wijzen op hetgeen Resnick et al. vermelden:² „Transient osteoporosis of the hip. In 1959, Curtiss and Kincaid described a peculiar pattern of regional osteoporosis of the hip occurring in women in the third trimester of pregnancy. Other reports of this disease confirmed its occurrence during late pregnancy. The patients complained of joint pain, an antalgic limp, and limited hip motion. Radiographic changes included osteoporosis of periarticular bone. Involvement was usually although not invariably unilateral in distribution. Laboratory data were normal except for mild elevation of the erythrocyte sedimentation rate in some individuals. The clinical course was self-limited, full recovery being evident in three months to 1 year. Subsequently, it became apparent that a similar disorder could be observed in nonpregnant women and in men. The clinical, laboratory and radiologic findings were identical and, in most individuals, history of significant trauma was lacking.”

Op grond van een en ander acht ik het raadzaam de titel boven deze casuïstische mededeling te wijzigen, bijv. als

volgt: Aseptische botnecrose van de femurkop in de zwangerschap? Of toch: Transient osteoporosis?

LITERATUUR

- 1 Breederveld RS, Patka P. Aseptische botnecrose van de femurkop in de zwangerschap. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 28: 1330-3.
- 2 Resnick D, Niwayama G. Diagnosis of bone and joint disorders. Deel 2, 1981: 1653.

Groningen, juli 1984

R. UBBENS

Zoals bekend, is het leveren van een bewijs voor een beginnende segmentale femurkopnecrose anders dan door middel van histologisch onderzoek moeilijk, zo niet onmogelijk. De beschrijving van het klinische beeld met de afwijkingen bij röntgenonderzoek lijken de diagnose echter voldoende te ondersteunen. Door het wijzen op de mogelijkheid van het optreden van aseptische femurkopnecrose in de zwangerschap werd dit ziektebeeld juist onder de aandacht gebracht, waardoor snelle herkenning en behandeling bevorderd wordt en de kans op misverstanden vermindert. Voor dit doel is de titel van een casuïstische mededeling van secundair belang. Het door ons beschreven ziektebeeld is zoals reeds werd aangegeven, in de literatuur bekend onder verscheidene beschrijvende benamingen waaronder ook de „transient osteoporosis”. Wij kozen echter voor de term aseptische kopnecrose omdat deze benaming in de literatuur zeer vaak wordt aangetroffen. Overigens mag men een verhoogde bezinking gedurende de zwangerschap rekenen tot een normale laboratoriumbevinding.

Amsterdam, augustus 1984

R.S. BREEDERVELD
P. PATKA

Lichamelijk onderzoek bij aangeboren heupontwrichting

De klinische les van Visser en Nielsen roept vragen op,¹ omdat de huidige vroege diagnostiek van aangeboren heupontwrichting in de kraamzorg en de zuigelingenconsultatiebureaus gebaseerd zijn op onderzoeksgegevens vanuit de Groningse school, die in het verleden in dit tijdschrift zijn gepubliceerd.²⁻⁴ Dit betekent het toepassen van de handgreep van Ortolani in de eerste weken na de geboorte voor het onderkennen van geluxeerde heupen, het voorkomen van eventuele exogene factoren die „luxeerbare heupen” door bandslapte kunnen doen overgaan in „geluxeerde heupen” (adduceren van de beentjes, het gebruik van omslagluiers, trappellzakken, vliegerluiers, buikligging van de zuigeling met gestrekte beentjes enz.) en bij het periodieke geneeskundige onderzoek op het zuigelingenconsultatiebureau letten op heupluxatiesymptomen, (zoals beenlengteverschil, verschil in kniehoogte, abductiebeperking, beweegbaarheid van bovenbeen in asrichting, exorotatie, asymmetrische huidplooiën, bij lopen positief Trendelenburgfenomeen en bij beiderzijdse luxatie waggelgang en hyperlordose). Daar de uitkomsten in het eerste levenshalfjaar nogal wisselend zijn, dient het onderzoek naar aangeboren heupontwrichting een onderdeel te zijn van het periodieke geneeskundige onderzoek van zuigeling en kleuter. De abductie van de beentjes in de heupen wordt bepaald bij een flexie van het been in de heup van 60° en niet bij 90° zoals de schrijvers aangeven.⁴ Volgens de schrijvers nu wordt aanbevolen in de eerste levensweken de handgreep van Barlow toe te passen om „luxeerbare heupen” te onderkennen en deze te behandelen met een abductiebeu-

gel en aldus een overbehandeling van 90% te aanvaarden, ondanks het gegeven dat de auteurs mededelen dat „indien er behalve de bandslapte geen exogene factor is, er geen luxatie ontstaat.”

Voor het handhaven van een uniforme onderzoekmethode is het van belang te weten of het bepalen van de mate van abductie en dus het vaststellen van afwijkingen beïnvloed wordt door de mate van flexie van het been in de heup d.w.z. 60° of 90° en of de aandacht gericht moet zijn op het onderkennen van „luxeerbare heupen” of „geluxeerde heupen” bij het jonge kind.

LITERATUUR

- 1 Visser JD, Nielsen HKL. Lichamelijk onderzoek bij aangeboren heupontwrichting. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1217-20.
- 2 Kingma MJ. Congenitale dysplasie van het heupgewricht. Ned Tijdschr Geneesk 1974; 118: 293-300.
- 3 Rogge-Zuurmond J, Rogge CWL. Abductiebehandeling bij aangeboren dysplasie van het heupgewricht. Ned Tijdschr Geneesk 1974; 118: 307-10.
- 4 Hees-van der Laan J van, Huttinga-Edens MM. Congenitale dysplasie van het heupgewricht bij zuigelingen: een onderzoek op consultatiebureaus in Groningen. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1913-7.

Juli 1984

A.J. SWAAK

Het verschil tussen een positieve Ortolani-proef en een positieve Barlow-test is afhankelijk van het wel of niet geluxeerd zijn van een luxeerbare heup bij een pasgeborene. Waarschijnlijk wordt dit beïnvloed door de positie van de benen tijdens het onderzoek. Wanneer een kind met een luxeerbare heup op de rug ligt met de heupen 90°-100° gebogen en 80°-90° geabduceerd – een normale rustpositie – dan kan de heup gereponeerd zijn. In dit geval is er een positieve Barlow-test. Dit heupgewricht kan ontwricht zijn, wanneer het kind met zoveel mogelijk gestrekte en geadduceerde benen ligt. In het laatste geval is er een positieve Ortolani-proef. Wil men alleen de Ortolani-proef doen, dan moet men beginnen met de benen langzaam te strekken en te adduceren – de heup luxeert dan – en vervolgens de proef verrichten zoals in ons artikel werd beschreven. Aanbevolen wordt zowel de Ortolani- als de Barlow-proef uit te voeren. In het manuscript van Palmén uit Zweden wordt aange- toond, dat bij een gedegen heuponderzoek bij de pasgeborene het aantal later gediagnostiseerde en moeilijker te behandelen heupontwrichtingen met meer dan de helft wordt teruggebracht.² Inderdaad houdt dit een overbehandeling in van 90%, maar van te voren is niet te bepalen of behalve de bandslapte ook een exogene factor – in dit verband wordt een relatief te korte iliopsoaspees bedoeld – van invloed is. In Zweden wordt nagenoeg 100% van de kinderen in een ziekenhuis geboren en nog wel voornamelijk in grote centra, en alle kinderen worden daar onderzocht door een orthopedisch chirurg of een kinderarts, ervaren in onderzoek op heupafwijkingen. In Nederland vindt het heuponderzoek bij pasgeborenen niet door een beperkt aantal ervaren onderzoekers plaats. Gezien het grote aantal thuisbevellingen zou voor een andere organisatie moeten worden gekozen. Het aantal nieuw gediagnostiseerde luxaties na de neonatale periode blijft in onze kliniek vanaf 1969 constant 5 tot 7 gevallen per jaar. Het aantal pasgeborenen kinderen met een positieve Ortolani- en (of) Barlow-test dat naar ons verwezen wordt, blijft in de laatste jaren 4 à 5 per jaar. Dit zou statistisch gezien 10 maal zo hoog moeten zijn. De gemiddelde leeftijd van kinderen met een gediagnostiseerde heupontwrichting na de neonatale periode, verwezen naar onze kliniek, is door periodiek geneeskundig onderzoek van zuigelingen en kleuters gedaald. De laatste 10 jaar hebben wij geen kind met een