

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, trappelszakken, 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 aangegevoerd, 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

heupluxatie behandeld, dat ouder is dan 2 jaar bij het eerste poliklinische bezoek.

Het onderzoek op een abductiebeperking wordt in de regel met 90° gebogen heupen verricht.²⁻⁵ Veel verschil zal het niet uitmaken wanneer dit onderzoek verricht wordt met de heupen 60° gebogen. Een praktisch voordeel is, dat op het oog 90° vrij nauwkeurig te bepalen is, om 60° te bepalen is hulpmateriaal nodig.⁶

LITERATUUR

- 1 Visser JD, Nielsen HKL. Lichamelijk onderzoek bij aangeboren heupontwrichting. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1217-20.
- 2 Palmén K. Prevention of congenital dislocation of the hip. Acta Orthop Scand 1984; 55: 208.
- 3 Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: WB Saunders, 1972; deel 1: 135.
- 4 Coleman SS. Congenital dysplasia of the hip. St. Louis: Mosby, 1972: 73.
- 5 Tönis D. Die angeborene Hüftdysplasie und Hüftluxation. Berlin: Springer, 1984: 93.
- 6 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.

Groningen, augustus 1984

J.D. VISSER
H.K.L. NIELSEN

Het risico van overlijden bij sport

Het onderzoek door collega Dolmans naar plotselinge dood bij sport heeft een reeks interessante gegevens opgeleverd;¹ nochtans plaatsen wij enkele kanttekeningen bij het artikel van Dolmans et al.² Zij stellen dat de extra kans dat mannen op middelbare leeftijd of met een coronaire ziekte in de anamnese tijdens sporten plotseling overlijden meer dan goed wordt gemaakt doordat lichamelijk actieven langer leven en minder kans hebben op een hartinfarct.

Hoe oneens de deskundigen het op dit gebied zijn, bleek onlangs nog eens op een symposium van „Trimmende Artsen”. Collega G.A. Sheenan M.D. (Universiteit van South Carolina), redacteur van Runner's World en één der voormannen van de trimbeweging in de Verenigde Staten, betogde: „Regular endurance exercise results in increasing physical fitness. There is not, as Roger Bannister put it, 'an intellectually respectable argument against this point of view.' However, there are intellectually respectable arguments against the beneficial results of exercise on pathology. There is no definitive evidence that exercise prevents, retards or causes regression of coronary heart disease.”³

Wij betwisten niet dat fysiek actieven minder vaak een myocardinfarct krijgen dan inactieven, zij het onder bepaalde voorwaarden. Eén schijnt te zijn dat de fysieke prestaties het gehele jaar door worden volgehouden. Een preventief effect van seizoen- en mooi-weer-sport lijkt ons dan ook uiterst twijfelachtig.⁴

Opmerkelijk is Dolmans' bevinding dat plotselinge dood vooral voorkomt bij sporten die grote fysieke inspanning vereisen en die gemeenlijk aan een bepaald seizoen zijn gebonden. Is door Dolmans nagegaan of de plotselinge dood voornamelijk in de beginfase van de training optreedt, bij tennissers en trimmers in het voorjaar en bij voetballers in het najaar?

Wat leert ons nu Dolmans' onderzoek over het risico van sporten op middelbare leeftijd? Over de kwalificatie „zeldzaam” ten aanzien van plotselinge dood bij sportbeoefenaars, valt zeker te twisten. Ten opzichte van de sterfte in de gehele populatie is dit wellicht het geval. Neemt men echter

alle mannelijke (zware) sportbeoefenaars van middelbare leeftijd als referentiepopulatie, dan blijkt het risico al veel groter. Bovendien is voor de individuele sportbeoefenaar het cumulatieve risico van overlijden wellicht van meer belang dan het risico van overlijden per jaar. Onbeantwoord blijft voorts de vraag of plotselinge dood niet moet worden beschouwd als het topje van een ijsberg van cardiovasculaire gebeurtenissen; slechts een minderheid (hooguit 20%) van alle patiënten met infarct overlijdt binnen één uur.

Dolmans et al. menen kennelijk dat sportbeoefening die flinke inspanning vereist, voor iedereen gezond is. Er is natuurlijk niet het minste bezwaar tegen dat iemand op middelbare leeftijd gaat trimmen, joggen, voetballen of tennissen, als hij dat heerlijk vindt, zich daarbij steeds fitter voelt worden en enig extra risico op de koop toe neemt. Een man boven de 40 jaar evenwel die hoopt door lichaamsbeweging zijn leven te verlengen en zijn kans op een myocardinfarct te beperken, doet er waarschijnlijk verstandiger aan dagelijks te gaan wandelen, fietsen, zwemmen of tuinieren.⁴ De kans om daarbij plotseling te overlijden is, volgens Dolmans, minimaal.

LITERATUUR

- 1 Dolmans AJ. Plotse dood bij sport. Rotterdam, 1983. Proefschrift.
- 2 Dolmans AJ, Pool J, Erdman-Trip JF, Smit B, Lubsen J. Het risico van overlijden bij sport. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 595-8.
- 3 Sheenan GA. The use of exercise in clinical practice. Arts en Auto 1984; 50: 930.
- 4 Magnus K, Matroos A, Strackee J. Walking, cycling, or gardening, with or without seasonal interruption, in relation to acute coronary events. Am J Epidemiol 1979; 110: 724-33.

Wassenaar, juli 1984

K. MAGNUS
A. MATROOS
J. STRACKEE

Magnus et al. hebben waarschijnlijk meer uit ons onderzoek willen halen, of meer in ons verslag ervan willen lezen dan wijzelf. Ons onderzoek was een inventarisatie van gevallen van plotselinge dood bij sport in de jaren 1978-1980, waarbij de inventarisatie van 1980 (waarschijnlijk) bijna volledig was. Op het totale aantal sportbeoefenaars of het aantal uren sportbeoefening is plotseling overlijden daarbij zeldzaam.

Wij hebben uitsluitend aangegeven hoe groot dat risico ongeveer is.¹ De opmerking van Sheenan dat er geen evidente bewijzen zijn dat lichamelijke inspanning hart- en vaatziekten voorkomt, vertraagt of veroorzaakt, is niet wetenschappelijk gegrond.² Er zijn talloze publikaties die de positieve invloed van lichamelijke inspanning op het voorkomen van hart- en vaatziekten aangeven.³⁻⁸ Deze zijn zowel in het artikel van Dolmans et al. als in het proefschrift van Dolmans besproken.^{1,9}

Naar een preventief effect van seizoen- en mooi-weer-sport-beoefening is door ons geen onderzoek verricht.

Van alle overledenen is nagegaan of zij hun sport enige tijd niet hadden beoefend, om welke reden dan ook. Slechts 15 personen hadden hun sport langer dan 14 dagen niet beoefend. Het risico van overlijden bij sport is onzes inziens vanzelfsprekend afhankelijk van de referentiepopulatie. Het lijkt ons echter het meest voor de hand te liggen dat wél sportbeoefenaars worden vergeleken met niet sportbeoefenaars of met de totale populatie. De conclusie van Magnus et al. dat wij menen dat sportbeoefening voor iedereen gezond is, is niet juist; wij hebben dat niet beweerd. Uit hetgeen wij onderzocht hebben, is gebleken dat sportbeoefening ten aanzien van de sterftkans zeer geringe risico's oplevert én dat er bedreigde groepen zijn (mensen die bekend zijn met hart- en vaatziekten). De conclusie van