

onderzoekers vonden een verband tussen het op die leeftijd uitvoeren van hysterectomie met in situ laten van één of beide ovaria en het optreden van cardiovasculaire complicaties nadien. De oversterfte aan cardiovasculaire complicaties is op 0,4% in de eerste 10 jaar na de operatie te schatten.²

LITERATUUR

¹ Hoogendoorn D. De kans op hysterectomie en schatting van het aantal sterfgevallen aan kanker dat door de hysterectomieën in de huidige frequentie wordt voorkomen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1937-40.

² Krenning RA, Drogendijk AC. Hysterectomie voor de menopauze en cardiovasculaire aandoeningen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1464-6.

Utrecht, oktober 1984

R.A. KRENNING

De mededeling van collega Krenning betreffende een verhoogde kans op cardiovasculaire aandoeningen bij vrouwen wier uterus premenopauzaal is verwijderd, vindt wellicht enige steun in de waarneming, dat in ons land de daling van de sterfte aan hartinfarct bij vrouwen van 45-54-jarige leeftijd minder steil verloopt dan bij de overige leeftijdsgroepen. Een overeenkomstig beeld ziet men in de statistiek van de klinische morbiditeit wegens dezelfde aandoening. Sommigen leggen verband tussen pilgebruik, roken en menopauze enerzijds en de kans op myocardinfarct anderzijds.¹

Een misschien door hysterectomie veroorzaakte oversterfte aan cardiovasculaire aandoeningen van 0,4% is uiteraard belangrijk. Wel kan worden gezegd, dat de kans voor niet-geopereerde vrouwen om te overlijden aan kanker van de uterus duidelijk groter is, nl. meer dan 1%.² Overigens was en is het niet mijn bedoeling propaganda te maken voor een ruimere dan wel een beperktere indicatiestelling voor hysterectomie. De laatste zin van mijn artikel laat in dit opzicht aan duidelijkheid niets te wensen over.

Ook hier blijkt de wenselijkheid van een anoniem medisch administratienummer per patiënt. Ten behoeve van het onderzoek naar ongewenste gevolgen van onverschillig welke ingreep en in het algemeen voor de gehele „follow-up” zou dit van onschatbaar belang zijn. Men zou dan met aantallen kunnen werken die een veelvoud zijn van de vaak kleine getallen die men in de literatuur pleegt aan te treffen.

LITERATUUR

¹ Levy RE, Feinleib M. Risk factors for coronary artery disease. In: Braunwald E, ed. Heart disease. Philadelphia: Saunders, 1980: 1246-78.

² Hoogendoorn D. De kans voor vrouwen van uiteenlopende leeftijd om te eniger tijd te overlijden aan kanker van uterus of ovarium. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1316-9.

Wijhe (Ov.), oktober 1984

D. HOOGENDOORN

Als 5e-jaars-student medicijnen wil ik reageren op het artikel van Hoogendoorn.¹ In deze publikatie worden de 27.755 in 1982 uitgevoerde hysterectomieën beoordeeld. Mijn reactie betreft de laatste vraagstelling of het enorme aantal hysterectomieën van invloed is op het aantal sterfgevallen aan cervix- en corpus uteri-carcinoom.

Hoogendoorn gaat uit van alle in 1982 uitgevoerde hysterectomieën verminderd met het aantal hysterectomieën uitgevoerd wegens cervix- en corpus uteri-carcinoom inclusief carcinoma in situ. Aldus resteren 25.431 vrouwen. Via de bekend zijnde kans voor vrouwen van verschillende leeftijd om in de toekomst aan cervix- of corpus uteri-carcinoom te overlijden, komt men tot de conclusie dat de

25.431 in 1982 uitgevoerde hysterectomieën omstreeks 285 toekomstige sterfgevallen als gevolg van cervix- of corpus uteri-carcinoom hebben voorkomen. Een onverwacht hoog aantal gezien de 596 werkelijke sterfgevallen aan cervix- en corpus uteri-carcinoom in 1982. Het lijkt dan ook niet gewaagd te veronderstellen dat de duidelijke daling van sterfte als gevolg van cervix- en corpus uteri-carcinoom de laatste jaren voor een groot deel mag worden toegeschreven aan de hysterectomieën die in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden.

Mijns inziens is dit een ongeoorloofde conclusie, daar niet bekend is hoe deze 285 sterfgevallen over de komende jaren verdeeld zijn. Zou het bijvoorbeeld 15 jaren duren voordat al deze 285 sterfgevallen zich hebben voltrokken, dan liggen de verhoudingen ineens heel anders. Tegenover de 596 sterfgevallen in 1982 als gevolg van cervix- en corpus uteri-carcinoom staan dan niet 285 voorkomen sterfgevallen, maar een duidelijk kleiner aantal. Wellicht zo klein dat het enorme aantal uitgevoerde hysterectomieën een te verwaarlozen invloed heeft op de daling van sterfte als gevolg van cervix- en corpus uteri-carcinoom.

LITERATUUR

¹ Hoogendoorn D. De kans op hysterectomie en schatting van het aantal sterfgevallen aan kanker dat door de hysterectomieën in de huidige frequentie wordt voorkomen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1937-40.

Groningen, oktober 1984

E-H. EDDES

Eddes citeert mij onjuist. Mijn mededeling: „Het lijkt niet gewaagd te veronderstellen, dat dit gunstige beeld (nl. de dalende sterfte aan uterus kanker) *althans ten dele* mag worden toegeschreven aan de hysterectomieën die in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden” wijzigt hij in: „voor een groot deel mag worden toegeschreven . . .” Het verschil tussen beide uitdrukkingen is niet gering.

Vermoedelijk heeft de schrijver de gedachtengang niet geheel begrepen. Daarom ter verduidelijking het volgende. Hysterectomieën die in 1982 zijn verricht, leiden tot een vermindering van de sterfte aan baarmoederkanker in de toekomst. Dit nuttig rendement wordt niet in een enkel jaar bereikt, maar zal zich, naar moet worden aangenomen, over een niet gering aantal jaren uitstrekken. Hetzelfde mag echter worden verwacht van de hysterectomieën die in 1981, 1983, 1984 en 1985 zijn of zullen worden verricht. Eveneens moet worden aangenomen, dat „althans een deel” van de thans ervaren reductie van de sterfte aan baarmoederkanker niet het gevolg is van de hysterectomieën uit een enkel jaar uit het verleden, maar uit een reeks van jaren. Steeds zal men te maken hebben met een cumulatief effect, ontstaan door de ingrepen uit een vrij groot aantal voorafgegane jaren. In het artikel is een poging gedaan het effect te berekenen van de ingrepen die in een enkel jaar, namelijk 1982, zijn verricht.

Wijhe (Ov.), oktober 1984

D. HOOGENDOORN

De pijnlijke oftalmoplegie van Tolosa-Hunt

De benigne recurrenente vorm van de pijnlijke oftalmoplegie, het zogenoemde Tolosa-Huntsyndroom (THS), is onlangs in dit tijdschrift door Portegies en Vanneste onder de aandacht gebracht.¹ Dit artikel geeft aanleiding tot enkele kanttekeningen.

Naar lokalisatie is THS een syndroom van de fissura orbitalis superior, dan wel van de voorste sinus cavernosus,² zodat het twijfelachtig is of het apex orbitae-syndroom, dat Portegies en Vanneste als tweede aanval bij patiënte C beschrijven en de uitval van de derde sensibele en van de motorische tak van de N. trigeminus bij de tweede aanval van patiënt D, wel tot het THS gerekend kunnen worden.

Flebografie van de orbita is het belangrijkste onderzoek voor het bevestigen van de diagnose THS.² Ze kan als afwijkingen tonen: (1) obstructie van de V. ophthalmica superior in het bijzonder van het derde segment, zonder verplaatsing; (2) onvoldoende of afwezige vulling van de sinus cavernosus en (3) collaterale veneuze afvloed door de kleine veneuze kanalen of collaterale venen.³ Deze bevindingen komen voor bij circa 50% van de patiënten.⁴ Er kan echter wel degelijk rekanalisatie voorkomen.⁵

De auteurs vermelden onderzoek van de liquor cerebrospinalis bij 5 aanvallen. Bij twee hiervan is een pleocytose van leukocyten vastgesteld (60/3 bij patiënt D; 95/3 bij patiënte E). In de literatuur wordt echter bij hoge uitzondering een pleocytose gemeld.⁴ Verder is de hoogste tot dan toe gerapporteerde pleocytose 44/3 leukocyten.⁶

Corticosteroiden of ACTH-analoga zijn de behandeling van eerste keuze. De gebruikte dosering van corticosteroiden loopt volgens de literatuur uiteen van 2 tot meer dan 100 mg daags. De meest gebruikte dagdosis ligt tussen de 30-70 mg. Uit de literatuur is geen dosis-effect-relatie af te leiden.

LITERATUUR

- Portegies P, Vanneste JAL. De pijnlijke oftalmoplegie van Tolosa-Hunt. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1172-5.
- Hoes MJAJM, Bruyn GW, Vielvoye GJ. The Tolosa-Hunt syndrome - literature review: seven new cases and a hypothesis. Cephalalgia 1981; 1: 181-94.
- Muhletaler CA, Gerlock AJ. Orbital venography in painful ophthalmoplegia. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med 1979; 133: 31-4.
- Bruyn GW, Hoes MJAJM. The Tolosa-Hunt syndrome. In: Vinken PJ, Bruyn GW, eds. Handbook of clinical neurology. Revised series Vol 3: Clifford Rose F, ed. Cranial neuralgias and headaches. Amsterdam: Elsevier, 1985. Ter perse.
- Damme W van, Dupuis M, Ruh-Bernardt D. Tolosa-Hunt syndrome, phlebographically controlled after recovery. Neuroradiology 1976; 11: 219-20.
- Kettler HL, Martin JD. Arterial stationary wave phenomenon in Tolosa-Hunt syndrome. Neurology 1975; 25: 765-70.

Tiel,
Leiden, oktober 1984

M.J.A.J.M. HOES
G.W. BRUYN

Wij danken collegae Hoes en Bruyn voor hun kanttelingen en het memoreren van hun publikatie en hun nog te verschijnen overzichtsartikel over het Tolosa-Huntsyndroom (THS).^{1,2} Uitgaande van de klassieke definitie van Hunt en van recente publikaties,^{3,6} is er geen reden om de combinatie N. opticus- en N. oculomotoriusuitval als gevolg van een specifiek ontstekingsproces, goed reagerend op prednisontherapie, te beschouwen als een afzonderlijk (apex orbitae)syndroom. Hallpike beschreef in 1973 een identiek beeld als fissura orbitalis superior (FOS)-syndroom.⁷ Wanneer een ontstekingsproces zich in het FOS-gebied bevindt, lijkt het ons vanzelfsprekend dat het zich kan uitbreiden zowel intra-orbitaal als naar het parasellaire (sinus cavernosus)gebied. Er is geen reden om aan te nemen dat het ontstekingsproces zichzelf een halt zou toeroepen als het eenmaal aangekomen is bij het voorste sinus cavernosusgebied. Deze mening wordt gesteund door enkele auteurs die een THS beschreven met uitvalverschijnselen in het gebied van de N. mandibularis.⁸⁻¹⁰ Enkele

auteurs waren zelfs zó stoutmoedig ook een N. facialisuitval bij het beeld te betrekken.^{4,10}

Milstein en Morretin beschreven als eersten het flebografische onderzoek bij het syndroom van de pijnlijke oftalmoplegie;¹¹ zij vonden reeds de belangrijkste afwijkingen die door Hoes en Bruyn worden opgesomd. Dat rekanalisatie van de V. orbitalis superior en van de sinus cavernosus kan optreden, is door ons niet ontkend en zelfs expliciet vermeld. De zeldzaamheid ervan heeft geleid tot enkele geïsoleerde patiëntenbeschrijvingen.^{11,12} Hoes en Bruyn stellen dat de flebografie van de orbita het belangrijkste onderzoek is bij THS. Hiermee wordt gesuggereerd dat bij verdenking op de diagnose deze geconfirmeerd dient te worden met een flebografie van de orbita. Dit onderzoek is in veel gevallen volstrekt overbodig: de afwijkingen bij flebografie zijn niet specifiek voor het THS⁶ en met de actuele non-invasieve onderzoeksmogelijkheden (o.a. computertomogram) is het mogelijk de meeste patiënten dit invasieve onderzoek te besparen, dat bovendien niet zonder risico's is.¹³

Pleocytose is doorgaans niet aanwezig, maar bij herhaling beschreven. De door Hoes en Bruyn opgegeven pleocytose in het artikel van Kettler en Martin is onjuist: de auteurs vermeldden een pleocytose van 44 leukocyten, dit is omgerekend 132/3 cellen.¹⁴ Onze THS-patiënte E met 95/3 cellen breekt derhalve geen record. Het spreekt vanzelf dat - wanneer een celreactie in de liquor voorkomt - de diagnose THS met extra voorzichtigheid gesteld - maar niet uitgesloten - dient te worden. Bruyn heeft dit zelf ervaren bij een patiënt met een karakteristiek THS-beeld, dat later (mogelijk) bleek te berusten op sarcoidosis.¹⁵

Therapie met 30-40 mg prednison per dag leidde bij alle beschreven patiënten tot een snel en volledig herstel. Het is onnodig hoger te doseren.

LITERATUUR

- Hoes MJAJM, Bruyn GW, Vielvoye GJ. The Tolosa-Hunt syndrome - literature review: seven new cases and a hypothesis. Cephalalgia 1981; 1: 181-94.
- Bruyn GW, Hoes MJAJM. The Tolosa Hunt syndrome. In: Vinken PJ, Bruyn GW, eds. Handbook of clinical neurology. Revised series Vol 3: Clifford Rose F, ed. Cranial neuralgias and headaches. Amsterdam: Elsevier, 1985. Ter perse.
- Hunt WE. Tolosa-Hunt syndrome. Neurosurgery 1976; 44: 544-9.
- Cohn DF, Carasso R, Streifler M. Painful ophthalmoplegia: The Tolosa Hunt syndrome. Eur Neurol 1979; 18: 373-81.
- Salomez JL, Rousseaux M, Petit H, Woillez M, Warot P. L'ophthalmoplégie douloureuse de Tolosa-Hunt: Limites du syndrome. Rev Otonéuroophthalmol 1981; 53: 463-72.
- Kline LB. The Tolosa-Hunt syndrome. Survey Ophthalmol 1982; 27: 79-95.
- Hallpike FF. Superior orbital fissure syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1973; 36: 486-90.
- Schatz J, Farmer P. Tolosa-Hunt syndrome, the pathology of painful ophthalmoplegia. In: Neuro-ophthalmology 1972; 6: 102-12.
- Sondheimer FK, Knapp J. Angiographic findings in the Tolosa-Hunt syndrome: painful ophthalmoplegia. Radiology 1973; 106: 105-12.
- Chauveaux AM, Vazel P, Guibert F, Lerebeller MJ. Limites nosologiques entre syndrome de Tolosa-Hunt et pseudo-tumeur inflammatoire de l'orbite: à propos d'un cas. Bull Soc Ophthalmol Fr 1980; 80: 303-6.
- Milstein BA, Morretin LB. Report of a case of sphenoid fissure syndrome studied by orbital venography. Am J Ophthalmol 1971; 72: 600-3.
- Damme W van, Dupuis M, Ruh-Bernardt D. Tolosa Hunt syndrome, phlebographically controlled after recovery. Neuroradiology 1976; 11: 219-20.
- Brismar G, Brismar J, Cronqvist S. Complications of orbital and skull base phlebography. Acta Radiol [Diag] (Stockh) 1976; 17: 274-80.
- Kettler HL, Martin JD. Arterial stationary wave phenomenon in Tolosa-Hunt syndrome. Neurology 1975; 25: 765-70.
- Bruyn GW, Ferrari M, Beer FC de. Migraine, Tolosa-Hunt syndrome and pleocytosis. Clin Neurol Neurosurg 1984; 86: 33-41.

Amsterdam, oktober 1984

P. PORTEGIES
J.A.L. VANNESTE