

waardoor bij de practici een vals gevoel van veiligheid wordt gecreëerd: 'Er is niets aan de hand, want de radiografieën en de EMG's zijn negatief'. Ik ben er nochtans van overtuigd dat, voornamelijk op orthopedisch gebied, accurater en veiliger diagnoses worden gesteld met een gedegen klinisch onderzoek dan met zware apparatuur.

Voor de differentiële diagnose tussen een caudale tumor en een hernia nuclei pulposi (HNP) zijn concreet van belang:

1. Het zich ontwikkelen van de pijnklachten. HNP ontstaat bijna steeds als rugpijn of gluteale pijn, en zal progressief of plotseling veranderen in radicaire pijn. Anamnestic is er dus sprake van een zich verplaatsende pijn bij toename van de klachten. Een tumor daarentegen is meestal een constant groeiende zaak, waardoor de pijn progressief uitbreidt. Dus een migrerende pijn (hernia) en opzichte van een expanderende pijn (tumor).

2. Het langdurige bestaan van wortelpijn. De meeste HNP hebben een spontaan herstel na 6 tot 12 maanden. Een te langdurige wortelpijn is dus 'verdacht'.

3. De discrepantie tussen symptomen en tekens. Anamnestic is er sprake van flinke pijn, nachtelijke pijn en pijn bij drukverhoging. Bij een HNP moet bij dergelijke ernstige symptomen een flinke bewegingsbeperking van de lumbale wervelkolom gevonden worden, meestal volgens een asymmetrisch patroon. Vinden we geen bewegingsbeperking, of alleen een flexiebeperking als gevolg van het buigen met een rigide rug, dan hebben wij klaarblijkelijk te maken met een sterke discrepantie tussen de ernstige symptomen en de milde tekens bij het klinisch onderzoek. We zullen eens te meer op onze hoede zijn.

4. Een uitgebreide parese van 2 of meer wortels, of een bilaterale uitval is geen discussietsel, totdat het tegendeel bewezen wordt.

Een clinicus die tijdens de ondervraging en het lichamenlijk onderzoek met een van deze 4 verschijnselen te maken krijgt, zal niet aarzelen zijn patiënt door middel van computertomografie en caudografie grondig te onderzoeken.

L. OMBREGT

Kanegem, november 1985

Wat is de waarde van de carotis-endarteriëctomie?

De auteurs van dit artikel zijn van mening dat alleen prospectief gerandomiseerd onderzoek naar het nut van een carotis-operatie kan uitmaken of een dergelijke ingreep te rechtvaardigen is (1985; 2147-9). De resultaten van prospectieve onderzoeken van het natuurlijke beloop van carotis-afwijkingen, de samenstelling van het atherosclerotische letsel en het compensatoire vermogen van collaterale cerebrale circulatie worden de lezer bewust onthouden. Dit is te betreuren, omdat uit deze onderzoeken is gebleken dat deze factoren in belangrijke mate het risico bepalen van toekomstige tijdelijke of blijvende cerebrale uitvalverschijnselen.^{1,2}

De genoemde factoren kunnen tegenwoordig vaak nauwkeu-

riger met niet-invasieve diagnostiek beoordeeld worden dan met angiografie. De kans op complicaties van deze nieuwe vormen van diagnostiek is zeer gering. Uit de resultaten van de diverse onafhankelijk van elkaar uitgevoerde prospectieve onderzoeken blijkt dat asymptomatische patiënten in een goede conditie, met een ernstige niet-gecalcificeerde carotisstenose en een slecht ontwikkeld collateraal cerebraal vermogen een zeer hoge kans hebben op tijdelijk en (of) blijvende cerebrale uitvalverschijnselen.¹⁻⁴ Totdat het tegendeel bewezen is, lijkt het daarom verstandig om in elk geval deze groep patiënten een carotis-desobstructie niet te onthouden. Helaas zal de European Carotid Surgery Trial vele vragen over deze risicofactoren onbeantwoord laten en meer gericht zijn op de 'grootste gemene deler' dan op het identificeren van subgroepen met specifieke indicaties en risico's.

LITERATUUR

- 1 Moore DJ, Miles RD, Goolley NA, Sumner MD. Noninvasive assessment of stroke risk in asymptomatic and nonhemispheric patients with suspected carotid disease. *Ann Surg* 1985; 202: 491-504.
- 2 Johnson JM, Kennelly MM, Decesare D, Morgan S, Sparrow A. Natural history of asymptomatic carotid plaque. *Arch Surg* 1985; 120: 1010-2.
- 3 Moll FL. Carotid bruits in asymptomatic patients. Nijmegen, 1984. Proefschrift.
- 4 Moll FL, Eikelboom BC, Vermeulen FEE, Lier HJJ van, Schulte MD. Dynamics of collateral circulation in progressive asymptomatic carotid disease. *Vasc Surg*. Ter perse.

H. A. VAN DIJK

R. W. MEIJER

F. L. MOLL

Alkmaar, januari 1986

Binnen de grote groep van patiënten met carotis-afwijkingen nemen de asymptomatische afwijkingen een kleine plaats in. Een nog kleiner deel daarvan voldoet aan de door Van Dijk, Meijer en Moll genoemde criteria op grond waarvan hun een operatie niet onthouden zou mogen worden. Binnen de grote groep van ziekenhuizen waar patiënten terecht komen, zijn er maar enkele die beschikken over de (kostbare) apparatuur die nodig is voor de non-invasieve diagnostische onderzoeken. Kortom, deze discussie gaat over een hele kleine subgroep van de grote groep patiënten over wie ons artikel handelde. Aangezien dezelfde argumenten en dezelfde onderzoeken worden aangehaald als in de ingezonden mededeling van de collegae Eikelboom et al. (1986; 227-8), willen wij graag verwijzen naar de beantwoording daarvan. De genoemde onderzoeken hebben (nog) niets bewezen.

Zelfs indien op langere termijn zou blijken dat de schrijvers wel gelijk hebben (de grote prospectieve onderzoeken worden steeds meer als noodzaak gevoeld), dan doet dat op dit moment niets af aan ons commentaar. Tegen die tijd zullen wij (gezamenlijk?) een nieuw commentaar schrijven.

H. VAN URK

O. T. TERPSTRA

Rotterdam, januari 1986

Mededelingen en bekendmakingen

Glaxo-reisbeurzen gastro-enterologie

Ook dit jaar stelt de farmaceutische firma Glaxo reisbeurzen ter beschikking aan specialisten in opleiding tot gastro-enteroloog of met belangstelling voor de gastro-enterologie. Het betreft

beurzen voor de voorjaarsvergadering (9 tot 11 april) en najaarsvergadering (24 tot 26 september) van de British Society of Gastroenterology, en voor de jaarvergadering van de American Gastroenterological Association (17 tot 23 mei). Degenen die een wetenschappelijke presentatie op deze vergaderingen