

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)

Hergebruik van pacemakers

Gaarne willen wij reageren op het artikel van Sedney et al. (1986; 130: 399-402). Resterilisatie van pacemakers vindt in ons bedrijf alleen plaats als deze nog niet geïmplanteerd zijn geweest. Er kunnen namelijk in de epoxykop of tussen de epoxykop en de titanium behuizing van de pacemaker eiwitten of weefselrestanten achterblijven, die niet door reinigen te verwijderen zijn. In overeenstemming met onze garantiebepalingen zal bij sterilisatie van een gebruikte pacemaker in het ziekenhuis zelf de technische garantie vervallen. Het is wel mogelijk om een pacemaker, die reeds geïmplanteerd is geweest, door Vitatron te laten reconditioneren. Reconditionering betekent niet alleen vervanging van de epoxykop, maar ook van de titanium behuizing van de pacemaker. Reconditionering wordt alleen uitgevoerd als er geen afwijkingen gevonden worden bij het testen van het elektronische circuit en de batterij. Voordat de pacemaker dan weer gesteriliseerd wordt, vindt opnieuw uitgebreide visuele en elektrische controle plaats.

Voor reconditionering geldt:

- dat dit alleen uitgevoerd wordt binnen 12 maanden na de 'use before'-datum;
- dat de verwachte levensduur van de pacemaker niet beïnvloed wordt (geen batterijvervangings);
- dat de originele garantieperiode gecontinueerd wordt.

DRS. M. HAMERSMA
Vitatron Benelux B.V.

Dieren, maart 1986

Dank aan mevrouw Hamersma voor haar reactie op ons artikel. Met betrekking tot de eerste opmerking mogen wij verwijzen naar de tientallen (internationale) publikaties, waaruit blijkt dat hergebruik van pacemakers medisch verantwoord is (zie de referenties in ons artikel). Onze jarenlange gunstige ervaring hebben wij hieraan willen toevoegen. De Europese 'Working group on Cardiac Pacing', evenals de Nederlandse Werkgroep Hartstimulatie en de Nederlandse Hartstichting hebben geen bezwaar tegen opnieuw implanteren van pacemakers. De ongerustheid van mevrouw Hamersma ten aanzien van resteriliseren is, naar onze mening, derhalve ongegrond. Reconditioneren van de gebruikte pacemaker is in ons artikel ook ter discussie geweest. De prijs van reconditioneren, door diverse fabrikanten aangeboden, is echter van dien aard dat er nauwelijks sprake is van kostenbesparing. Het lijkt ons bovendien onnodig ook de hermetisch gesloten titanium behuizing te vervangen door een nieuwe. Het in ons centrum gehanteerde reinigingsschema, dat niet essentieel verschilt van andere centra, is in ons artikel beschreven.

M. J. SEDNEY

Leiden, april 1986

Rupturen van de laterale enkelband(en); opereren of niet?

Het artikel van collega Van Rens (1986; 480-4) geeft een goed overzicht van de behandeling van het acute enkelbandletsel en belicht nog eens de hoofdzaken betreffende klinisch onderzoek, röntgendiagnostiek en therapie. Onjuist is naar mijn mening het uitgangspunt dat het ligamentum calcaneofibulare als de belangrijkste stabilisator van de enkel moet worden beschouwd.

Het lig. calcaneofibulare heeft alleen in 90° neutrale stand een stabiliserende functie, doch draagt in plantaire flexie – de positie waarin een inversietrauma plaatsheeft – niet bij tot de stabiliteit van de enkel. Deze functie wordt vrijwel geheel vervuld door het lig. talofibulare anterius. Ruptuur van dit ligament leidt dan ook direct tot een aanzienlijke anterolaterale rotatie-instabiliteit.¹ Dit ligament moet derhalve worden beschouwd als de belangrijkste factor in de stabiliteit van de enkel.² Dit standpunt ligt ook ten grondslag aan de meeste reconstructie-operaties bij chronische instabiliteit van de enkel, waarbij immers met name het lig. talofibulare anterius wordt gereconstrueerd. Soms wordt het lig. calcaneofibulare voor dit doel zelfs opgeofferd.³

Operatieve therapie verdient de voorkeur bij de individuele patiënt die hoge eisen stelt aangaande stabiliteit van de enkel (jonge sporters, bepaalde beroepsgroepen). De indicatie tot operatie wordt daarbij mijns inziens gevormd door het bestaan van een ruptuur van het lig. talofibulare anterius, waarbij een eventueel begeleidend letsel van het lig. calcaneofibulare en (of) het lig. talofibulare posterius van indirect belang is. Voor de preoperatieve diagnostiek kan derhalve worden volstaan met artrografie van het enkelgewricht, waarvan de betrouwbaarheid op 99% kan worden gesteld.² Wanneer de nabehandeling bestaat uit een korte gipsimmobilisatie (2-3 weken) of pleisterbandages, dan is het genezingsproces zeker niet vertraagd, het resultaat echter optimaal.

LITERATUUR

- 1 Rasmussen O. Stability of the ankle joint. Acta Orthop Scand 1985; 56 (suppl 211).
- 2 Ent F.W.C. van der. Lateral ankle ligament injury. An experimental and clinical study. Rotterdam, 1984. Proefschrift.
- 3 Marti R. Transposition of the calcaneofibular ligament in treatment of recurrent instability of the ankle joint. In: Injuries to the ligaments and their repair. Stuttgart: Thieme 1977: 200-2.

F. W. C. VAN DER ENT

Geleen, maart 1986

Wat betreft de anatomie van de laterale enkelbanden, die eigenlijk verstevigingen zijn van het kapsel van het enkelgewricht: eigenlijk is de indeling in een voorste en een achterste talofibulair ligament en het lig. calcaneofibulare ietwat kunstmatig. Het zijn alle verstevigingsstructuren in het fibreuse gewrichtskapsel. Collega Van der Ent heeft gelijk dat in plantaire flexie en inversiepositie natuurlijk de voorste structuren het meeste worden aangespannen. Het opofferen van het lig. calcaneofibulare voor een versteviging van het lig. talofibulare anterius is een weinig gebruikelijke therapie. Met collega Van der Ent ben ik van mening dat operatief herstel van het lig. calcaneofibulare anterius met kapsel ter plaatse geïndiceerd kan zijn bij jonge sporters of degenen die hoge eisen aan hun enkels stellen. Dat heb ik in mijn artikel ook genoemd. De betrouwbaarheid van de artrografie is veel groter dan die van kantelfoto's, doch minder groot dan van de stress-tenografie. Over de wenselijkheid van een zo kort mogelijke gipsimmobilisatie bij wat voor behandeling dan ook, bestaat consensus.

TH. J. G. VAN RENS

Nijmegen, april 1986

In zijn zeer lezenswaardige artikel (1986; 480-4) merkt collega Van Rens op dat na operatie of gipsimmobilisatie traag herstel kan voorkomen doordat lang immobiliseren ongunstig is, vooral

voor de Mm. peronei, die atrofisch worden. Er ontstaat insufficiëntie van de spieren die mede recidiverend doorzwikken van de enkel veroorzaakt. Verderop in zijn artikel schrijft collega Van Rens opnieuw dat de functie van de spieren die de enkel stabiliseren dikwijls onderschat wordt. Behandelingsmethoden die de conditie van de 'enkelspieren' op peil houden geven de beste resultaten. Het is jammer dat bij al deze - zeer juiste! - nadruk op het spierapparaat toch niet een neurogene complicatie genoemd wordt van het enkelbandletsel, n.l. de partiële of totale N. peroneus-uitval. (Deze complicatie heb ik ook gemist in de verslagen van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging omtrent het enkelletsel, in hetzelfde tijdschriftnummer.)

Tijdens het optreden van enkelletsels met sterke inversie en plantaire flexie kan zich acute tractie en compressie van de N. peroneus voordoen op de plaats waar deze zenuw, onder de fibulakop, over een J-vormige fascierand, de M. peroneus longus binnengaat.^{1,3} De auteur Kopell schrijft dienaangaande: 'The instability of the ankle which results in repeated inversion phenomena is blamed on ligamentous inadequacy. It may actually be evtor weakness based on the partial denervation of a neuropathy.' Als een patiënt na een enkelletsel over insufficiënte 'enkelspieren' blijft klagen, lijkt dus een gedegen neurologisch onderzoek, uitgebreid met EMG en bepaling van de geleidingstijden van N. peroneus en van N. tibialis, aangewezen. Indien een lokaal N. peroneus-letsel wordt vastgesteld, kan een plaatselijke decompressie van de zenuw worden overwogen.

LITERATUUR

- ¹ Kopell HP, Thomson WAL. Peripheral entrapment neuropathies. Huntington, New York: Robert Krieger, 1976; Hfdst 8: 45-50.
- ² Clavel M, Onzain I, Laria C. Footdrop: an unusual complication of ankle sprain. Neuro-orthopedics 1986; 1: 33-6.
- ³ Meals RA. Peroneal nerve palsy complicating ankle sprain. J Bone Joint Surg (Am) 1977; 59: 966-8.

M. VAN DUINEN

Den Haag, maart 1986

Het was niet mogelijk alle aspecten met betrekking tot het enkelbandletsel in een commentaar te behandelen. De aanvulling van collega Van Duinen is zeer waardevol. De partiële N. peroneus-paralyse is een gelukkig zeldzame complicatie van de enkeldistorsie. Men moet de mogelijkheid in gedachte houden.

TH. J. G. VAN RENS

Nijmegen, april 1986

De behandeling van kystische fibrose

Met belangstelling hebben wij het artikel van De Jongste et al. gelezen (1986; 297-301). Het geeft een duidelijk en beknopt

overzicht over de meeste problemen rond het ziektebeeld kystische fibrose. De bespreking beperkt zich wat de luchtwegen betreft tot de onderste luchtwegen, terwijl de bovenste luchtwegen bij KF-patiënten vaak zijn aangetast. Een chronische (pan)sinusitis is een karakteristieke bevinding bij KF-kinderen.¹ De X-sinus is in 92-100% van de gevallen gesluierd.^{2,4} Bij punctie van de kaakholte wordt meestal een dikke grijs-groene mucus verkregen.⁵ De symptomen van een bovenste luchtweginfectie bij een KF-patiënt zijn meestal niet erg duidelijk. De reden hiervan is waarschijnlijk dat zij zeer vaak en soms langdurig continu met antibiotica behandeld worden. De symptomen van de bovenste luchtweginfectie worden dan gemaskeerd door de behandeling van de longinfectie. Wellicht is om dezelfde reden de incidentie van otitiden bij deze kinderen zeer laag.¹ Tijdens een exacerbatie van het ziektebeeld kunnen de klachten van de bovenste luchtwegen fors toenemen en zelfs de infectie van onderste luchtwegen onderhouden. Goede drainage van de neusbijholte is dan vereist.

Bij de behandeling van kystische fibrose, gepaard gaand met recidiverende bovenste luchtweginfecties, dient zeker de mogelijkheid van sanerende bijholtechirurgie (etmoïdectomie, Claoué, Caldwell-Luc) genoemd te worden.

LITERATUUR

- ¹ Jaffe BF, Strome M, Khaw KT, et al. Nasal polypectomy and sinus surgery for cystic fibrosis; a 10 year review. Otolaryngol Clin North Am 1977; 10: 81-90.
- ² Gharib R, Allen RP, Joos HA, et al. Paranasal sinuses in cystic fibrosis. Incidence of roentgen abnormalities. Am J Dis Child 1964; 108: 499-502.
- ³ Neely JG, Harrison GM, Jerger JF, et al. The otolaryngologic aspects of cystic fibrosis. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 1972; 76: 313-24.
- ⁴ Schwachman H, et al. Nasal polyposis in patients with cystic fibrosis. Pediatrics 1962; 30: 389-401.
- ⁵ Fonsman J. Mucoviscidosis and nasal polyps. Acta Otolaryngol (Stockh) 1970; 69: 152-4.

J. G. MOL

J. HULK

G. J. HORDIJK

Bilthoven, april 1986

Wij zijn het geheel eens met collega Hulk, Mol en Hordijk. De bovenste luchtwegen, met name de neusbijholten, hebben te weinig aandacht in ons artikel gekregen. Bij kinderen moeten neuspoliepen alert doen zijn op kystische fibrose. Permanente drainage van de neusbijholten is vooral bij oudere patiënten regelmatig gewenst. De indicatie hiervoor is overigens niet scherp en is over het algemeen een klinische.

K. F. KERREBIJN

Rotterdam, april 1986

Mededelingen en bekendmakingen

Vacatures bij de Wereldgezondheidsorganisatie

In de jaren 1986 en 1987 ontstaan er ook voor Nederlanders plaatsingsmogelijkheden bij de Wereldgezondheidsorganisatie, zowel op het Hoofdkantoor te Genève als bij de diverse Regional Offices. Het betreft vacatures van zeer uiteenlopende aard, waardoor ook verschillende kwalificaties verlangd

worden. Gaarne breng ik bovenstaande mogelijkheden onder uw aandacht.

Degenen die in een functie bij de WHO geïnteresseerd zijn, of meer informatie wensen, kunnen dit kenbaar maken aan: Ministerie van buitenlandse zaken, t.a.v. de heer J.P. Wever, secretaris Werkgroep Internationale Ambtenaren, Bezuidenhoutseweg 67, Postbus 20061, 2500 EB 's-Gravenhage (tel. 070-485112).