

Referaten

Cardiologie

Hypotensie na inspanning

Tijdens inspanning, bijv. op de loopband, kan bij patiënten met ernstige angina pectoris de bloeddruk dalen; bij normale personen stijgt dan juist de tensie. Zulk een daling was wel eens bij jonge volwassenen gevonden; Fleg en Lakatta hebben deze verschijnselen nu ook bij oudere mensen onderzocht.¹ Zij zochten naar personen bij wie na een flinke inspanning op de loopband de bloeddruk minstens 20 mmHg daalde tot onder een systolische waarde van 90 mmHg. Daartoe zagen zij 781 gezonde vrijwilligers, zowel mannen als vrouwen, die gemiddeld (SD) resp. 52(16) en 49(16) jaar oud waren. Vijftien hunner, 13 mannen en 2 vrouwen, voldeden aan de gestelde voorwaarden. Hun gemiddelde leeftijd verschilde niet van die van de personen bij wie de bloeddruk normaal bleef; op één na waren allen jonger dan 55 jaar. Hun bloeddruk, zittend en voor inspanning, was vrijwel gelijk aan die van de anderen; staande daalde hun systolische druk gemiddeld 1,7 mmHg, terwijl die bij de controlegroep gemiddeld 5,3 mmHg steeg. Tijdens inspanning steeg de hartfrequentie bij de personen met potentieel hypotensie meer dan bij de overigen, maar tegen het eind van de proef steeg bij de laatsten de bloeddruk meer dan bij de eersten. Het duurde niet bij allen even lang voordat de hypotensie na inspanning ontstond: bij 3 daalde de bloeddruk direct, bij 2 na 4 min, bij 8 na 6 min en bij 2 na 9 min. De laagste systolische bloeddruk was gemiddeld 78 (uiterste waarden 62 en 90) mmHg; de diastolische druk bedroeg bij 9 personen gemiddeld 49 (40 en 70) mmHg en bij 6 mensen nul. Na inspanning was de hartfrequentie bij hypo- en normotensieve personen gelijk. Tijdens de hypotensieve periode hadden de vrouwen geen klachten, maar bijna alle mannen werden duizelig, misselijk of onwel. Tijdens observatie in latere jaren, gemiddeld 4,2 jaar, kregen de personen met hypotensie geen angina pectoris, hartinfarct of syncope, zodat het verschijnsel onschuldig lijkt te zijn. Dat de hypotensie na inspanning vrijwel alleen bij jonge mensen voorkomt kan volgens de schrijvers berusten op verminderde gevoeligheid bij ouderen voor sympathische en parasympathische prikkels.

LITERATUUR

- ¹ Fleg JL, Lakatta EG. Prevalence and significance of postexercise hypotension in apparently healthy subjects. *Am J Cardiol* 1986; 57: 1380-4.

S. BERREKLOUW

Huid- en geslachtsziekten

De Jarisch-Herxheimerreactie bij secundaire syfilis

De reactie van Jarisch-Herxheimer kan binnen enkele uren ontstaan bij patiënten met syfilis wanneer zij worden behandeld met treponemacide middelen. De reactie bestaat uit koorts en eventueel koude rillingen, hoofdpijn, misselijkheid, malaise, spierpijn, keelpijn en opvlamming van plaatselijke luetische afwijkingen. Zij komt vooral voor in het secundaire stadium van syfilis, volgens sommigen zelfs bij meer dan 75% van de patiënten.¹ De pathogenese is onbekend. Volgens de meest favoriete hypothese gaan de spirocheten massaal te gronde, waarbij endotoxinen zouden vrijkomen.² Shenep et al. gingen dit na bij 15 patiënten met secundaire syfilis.³ Direct vóór de toediening van penicilline G intramusculair en vervolgens na ieder uur namen zij serummonsters af voor onderzoek op endotoxinen. Hiervoor gebruikten zij de limulus-test. Ofschoon 5 patiënten verschijnselen hadden van een Jarisch-Herxheimerreactie kon men in geen van de 77 monsters van deze patiënten endotoxinen vinden. Het feit dat deze patiënten slechts geringe verschijnselen hadden, vormt volgens de onderzoekers geen verklaring voor het ontbreken van een endotoxinemie. In hun patiëntengroep met jaarlijks zo'n 200 patiënten die voor secundaire syfilis werden behandeld, komt de reactie van Jarisch-Herxheimer slechts af en toe voor. Bij de 5 genoemde patiënten waren de verschijnselen zo gering dat zij waarschijnlijk niet zouden zijn opgemerkt als men de patiënten niet specifiek had gevraagd hierop te letten. Volgens Shenep et al. is het aantal reacties met duidelijke klinische verschijnselen veel minder dan 75%. Al met al blijft de Jarisch-Herxheimerreactie een onbegrepen fenomeen.

LITERATUUR

- ¹ Gelfand J, Elin RJ, Berry FW, et al. Endotoxemia associated with the Jarisch-Herxheimer reaction. *N Engl J Med* 1976; 295: 211-3.
² Notowicz A, Menke HE, Sluis JJ van der. Syfilis. In: Stolz E, Suurmond D, red. *Sexueel Overdraagbare Aandoeningen*. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1982.
³ Shenep JL, Feldman S, Thornton D. Evaluation for endotoxemia in patients receiving penicillin therapy for secondary syphilis. *JAMA* 1986; 256: 388-90.

J. J. E. VAN EVERDINGEN

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)

Het irritable bowel syndrome

Het uitstekende overzicht van Bleijenberg en Fennis (1986; 1177-80) en het commentaar hierop van Drapers en Tijtgat (1986; 1171-3) geven aanleiding tot enkele opmerkingen. Allereerst dient te worden opgemerkt dat, ook als geen organische afwijkingen worden gevonden, deze toch aanwezig kunnen zijn, bijv. hypo- of hyperaciditeit, verteringsstoornissen door enzymdeficiënties, lamblia's, enz. Ook een verandering in de bacterieflora van de darm zou van betekenis kunnen zijn.

De term irritable bowel – prikkelbare darm – is inderdaad voor het betreffende syndroom een slechte benaming, evenals de vroegere term colopathie. Elk levend weefsel, dus ook elke darm, is prikkelbaar; prikkelbaarheid hoort bij het leven en zonder deze prikkelbaarheid zou de darm niet op normale fysiologische prikkels kunnen reageren. Ook mogen wij niet zonder meer aannemen dat de prikkelbaarheid van de darm bij een bepaalde patiënt groter is dan binnen de normale variatiebreedte kan worden verwacht, zonder dat dit door middel van onderzoek is aangetoond. Uit de algemene ziektekunde weten

wij dat de reacties van weefsels op prikkels worden bepaald, enerzijds door aard en sterkte van de prikkels te zamen met de tijdsduur van inwerking, anderzijds door de prikkelbaarheid van de weefsels. Ziekteverschijnselen worden nooit veroorzaakt door één oorzaak, maar steeds door een ziekmakende constellatie van factoren.¹ Dit is van betekenis voor de behandeling. Bleijenberg en Fennis vonden in hun literatuurstudie dat 52 tot 81% van de patiënten niet geneest.

Bij het beschreven syndroom moeten wij waarschijnlijk rekening houden met een te sterk reageren van het maag-darmkanaal op prikkels, zonder dat wij weten of dit te sterk reageren wordt veroorzaakt door aard of sterkte van de prikkels, door verhoogde prikkelbaarheid, of door samengaan van het een met het ander. Door het extra toedienen van zemelen gaat men de toch al te sterk reagerende darm nog eens extra prikkelen. Dit is geen rationele behandeling; de resultaten zijn er dan ook naar. Zoals bij iedere ziekte moet men ook hier trachten zo veel mogelijk factoren die bijdragen aan de ziekmakende constellatie, op te sporen en zo goed mogelijk uit te schakelen. De voeding moet weinig prikkelend zijn, dus cellulosearm. Verder bleek dat vetrijke, en vooral hard gebakken voedsel vaak ongunstig werken. Naar mij verwezen patiënten die elders reeds behandeld werden met een 'modern' vezelrijk dieet, meldden vaak een belangrijke vermindering van hun klachten na overschakelen naar een cellulosearm en vetarm dieet. Ook aan levenswijze en psychische problemen dient aandacht te worden geschonken. Farmacotherapeutisch voldoet vaak goed een, uiteraard onder de nodige voorzorgen voorgeschreven, combinatie van lage doseringen atropine en fenobarbital, zo nodig aangevuld met radix rhei.

LITERATUUR

¹ Tendeloo NPh. Grondbeginselen der Algemene Ziektekunde. Groningen: Wolters, 1928.

A. W. HERWEIJER

Rotterdam, juli 1986

In ons artikel hebben wij willen laten zien dat de term irritable bowel syndrome eigenlijk niet hanteerbaar is. De diagnose wordt gesteld op het ontbreken van een organische afwijking als verklaring voor de klachten. Gecontroleerd onderzoek brengt geen algemeen geldende theorie aangaande de pathofysiologie en pathogenese aan het licht. Ook de motiliteitshypothesen blijken niet of te weinig specifiek voor het irritable bowel syndrome. Evenmin biedt de term therapeutisch houvast.

De reactie van collega Herweijer en ook het commentaar van Drapers en Tytgat zijn in deze illustratief. Dit geldt niet alleen voor hun pathofysiologische beschouwingen, maar vooral ook voor de beschreven therapeutische benaderingen. Terwijl Drapers en Tytgat het belang onderstrepen van een met vezels verrijkte voeding, pleit Herweijer voor een cellulosearm (en vetarm) dieet. Naar ons inzicht echter is tot nu toe van geen enkele therapeutische maatregel bij dit klachtencomplex de effectiviteit ondubbelzinnig bewezen. In ons eigen onderzoek vinden wij zelfs aanwijzingen dat de patiënten die geen behandeling kregen, uiteindelijk beter af zijn dan degenen aan wie wel therapeutische adviezen werden verstrekt.

Wij denken dat de patiënt met buikklachten, waarvoor geen organisch substraat wordt gevonden, meer in zijn waarde wordt gelaten met de erkenning dat wij zijn klachten niet kunnen verklaren, dan met het toekennen van een schijndiagnose die alleen ons gebrek aan inzicht toedekt.

G. BLEIJENBERG
J. F. M. FENNIS

Nijmegen, juli 1986

De ingegroeide nagel

Het is verheugend dat Keeman onlangs nog eens de aandacht vroeg voor de problemen rond de pathogenese en therapie van de unguis incarnatus (1986; 1431-4) en wel om de volgende redenen:

1. De ingegroeide nagel komt veel voor. Uit een enquête onder huisartsen en gegevens van de Zaanse ziekenhuizen bleek mij dat naar schatting 0,5% van de bevolking in de Zaanstreek jaarlijks de huisarts wegens deze afwijking bezoekt. Van hen belandt 20% uiteindelijk bij de chirurg. Uit de literatuur zijn de gegevens bekend van Wallace et al., die in Newcastle upon Tyne een incidentie van 0,2% vonden.¹ Onder mariniers (11,3%),² scheepsbemanning (2,9%)² en politie-officieren (20%)³ werd een verhoogde incidentie gezien.

2. Hoewel de afwijking tot de 'kleine chirurgische aandoeningen' behoort, bezorgt het de patiënt doorgaans zeer veel en chronisch ongemak. Field gaf enkele jaren geleden nog toe dat hij gewicht was voor de wens van een patiënt om de aangetaste teen te amputeren!⁴

3. Het feit dat in veel Nederlandse klinieken (ten onrechte) nog altijd de klassieke wigexcisie volgens Foote, waarbij een wig van nagel, nagelmatrix, -bed en -wal wordt weggesneden,² wordt uitgevoerd.

Zoals Keeman aangeeft, zijn er verscheidene methoden van conservatieve behandeling. Als deze methoden falen of de klachten reeds zeer langdurig bestaan, is chirurgische interventie noodzakelijk. Ter correctie en ter aanvulling op de behandelingsmethoden en resultaten die Keeman noemt het volgende: bij mijn weten zijn er vier vergelijkende prospectieve onderzoeken beschreven. Wallace vergeleek de zogenaamde gutter-techniek (conservatief) met de partiële matrixexcisie.¹ In de eerste groep van 36 patiënten hield 48% klachten en was bij 39% verdere behandeling noodzakelijk. Bij de 32 patiënten die chirurgisch werden behandeld, was dit bij 15 en 6% het geval. Falke en Jakimowicz vergeleken nagelavulsie (50% recidieven bij 156 personen) met partiële matrixcurettage volgens Winograd (17% recidief bij 78 patiënten) en partiële matrixcauterisatie met fenol (5% recidief bij 42 patiënten).⁵ Bij Morkane et al. kreeg 30% van de 53 patiënten die een partiële matrixcurettage ondergingen een recidief, tegenover 7% van de 54 die werden gecauteriseerd met fenol.⁶ Andrew et al. tenslotte vergeleken de totale matrixexcisie (33% recidief bij 34) met de totale matrixfenolisatie (20% bij 36).⁷ In retrospectieve onderzoeken worden bij de partiële matrixcauterisatie recidieven gevonden in 1-4% der gevallen,⁸⁻¹⁰ bij de wigexcisie in 10-29%.¹¹⁻¹³ Bij de fenolbehandeling wordt een arbeidsongeschiktheidsduur van 1-3 dagen vermeld,⁵⁻⁹⁻¹⁰ bij de wigexcisie zo'n 10 dagen.¹³

Uit deze gegevens concludeer ik dat in geval van een ingegroeide nagel die op conservatieve wijze niet behandeld kan worden, geen plaats is voor de klassieke wigexcisie (nog afgezien van het slechte cosmetische en functionele resultaat). De partiële matrixcauterisatie met fenol verdient dan de voorkeur.

LITERATUUR

¹ Wallace WA, Milne DD, Andrew T. Gutter treatment for ingrowing toenails. *Br Med J* 1979; ii: 168-71; 670.

² Clarke BG, Dillinger KA. Surgical treatment of ingrown toenail. *Surgery* 1947; 21: 919-24.

³ Lloyd-Davies RW, Brill GC. The aetiology and out-patient management of ingrowing toe-nails. *Br J Surg* 1962; 50: 592-7.

⁴ Field LM. An 'ultimate solution' for a painful toe. *J Dermatol Surg Oncol* 1979; 5: 402-3.

⁵ Falke L, Jakimowicz JJ. De behandeling van unguis incarnatus met fenolcauterisatietherapie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1661.