

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 Zaanstreekse 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 gezwicht 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 Geneeskd* 1982; 126: 1661.

- ⁶ Morkane AJ, Robertson RW, Inglis GS. Segmental phenolisation of ingrowing toenails: A randomized controlled study. *Br J Surg* 1984; 71: 526-7.
- ⁷ Andrew T, Wallace WA. Nail bed ablation – excise or cauterise? A controlled study. *Br Med J* 1979; i: 1539.
- ⁸ Cameron PF. Ingrowing toenails: An evaluation of two treatments. *Br Med J* 1981; 283: 821-2; 1471.
- ⁹ Lelmn PAG. Ingrowing toenails (Letter). *Br Med J* 1981; 283: 1125-6.
- ¹⁰ Robb JE, Murray WR. Phenol cauterisation in the management of ingrowing toenails. *Scott Med J* 1982; 27: 236-9.
- ¹¹ Murray WR, Bedi BS. The surgical management of ingrowing toenail. *Br J Surg* 1975; 62: 409-12.
- ¹² Palmer BV, Jones A. Ingrowing toenails: The results of treatment. *Br J Surg* 1979; 66: 575-6.

- ¹³ Schütte PR. Partiële matrixexcisie als behandeling van de ingegroeide nagel. *Ned Tijdschr Geneesk* 1980; 124: 1868-70.

D.J. VAN WIJK

Zaandijk, augustus 1986

Ik dank collega Van Wijk vriendelijk voor zijn commentaar. Aangaande zijn (milde) kritiekpunten moet ik opmerken dat de door Winograd beschreven wigexcisie – inderdaad een modificatie – door vele chirurgen in Nederland gebruikt wordt. Het was echter geenszins de bedoeling van mijn artikel een volledig literatuuroverzicht te geven.

J. N. KEEMAN

Amsterdam, augustus 1986

Literatuuroverzichten

Nederlandse literatuur (3e kwartaal 1986)

TIJDSCHRIFTEN

Huisarts en wetenschap. – 29e Jrg. 1986. Nr. 6. T. Lagro-Janssen, J. Fréney en M. van Arendonk, Alles weggehaald... 2. Een onderzoek naar enkele kenmerken van vrouwen die een uterus-extirpatie hebben ondergaan. J. Mens, Moeders voor snoepers? Een dubbelblind onderzoek naar het nut van injecties met humaan gonadotrofine ter ondersteuning van een vermageringsdieet. J. C. Bakx, J. C. Seidell, L. A. W. Henskens, H. C. J. M. Schouten-van den Oever en H. J. M. van den Hoogen, Huisarts en overgewicht. Verslag van een enquête. B. Meyboom-de Jong, Vetzucht. G. R. Hoekstra en L. M. Schure, Naar een nieuw co-assistentie huisartsgeneeskunde in Groningen. Nr. 7. P. Wibaut, De mediolaterale episiotomie en het voorkomen van totaalrupturen. J. G. V. M. Kleijnen, J. F. M. Metsemakers en F. G. van der Horst, Lichamelijk onderzoek door de huisarts. Opsporing en beschrijving van handelingsclusters met behulp van de LO-codelijst. V. Tielens, M. Beek, R. Koopmans, Y. van Trier en H. Mokkink, Behandelt de huisarts vrouwen anders dan mannen? W. van Hensbergen, M. de Haan en C. Spreeuwenberg, Het meten van luchtwegobstructie bij kinderen. J. J. M. Avezaat en M. J. Th. Lutjenhuis, Ulcus pepticum bij allochtone Nederlanders. Nr. 8. W. Tillema, Hoe vergaat het de patiënt na cardiofonie? J. H. Ekering, Het electrocardiogram: een zinvolle uitbreiding van het diagnostisch arsenaal van de huisarts? J. Doorduijn, E. van der Does en J. Lubsen, Lotgevallen van honderd mensen met een recent hartinfarct. Van de vaststelling van het infarct door een diagnostische dienst voor huisartsen tot de toestand drie maanden later. W. van den Bosch en Th. Voorn, Kleine chirurgie in de huisartspraktijk.

The Netherlands journal of medicine. – 29e Jrg. 1986. Nr. 6. N. H. Mulder and E. G. E. de Vries, Promises, promises. Predicting a patient's response to cancer chemotherapy. P. H. T. J. Slee, A. T. van Oosterom, L. van den Berg and E. A. de Bruijn, The human tumour colony-forming assay using fresh specimens. A. H. J. Naber, A. M. de Vlaam and W. P. M. Breed, Chronic active hepatitis and periarteritis nodosa in a patient with co-occurrence of circulatory hepatitis Bs antigen and anti-HBs. J. Derksen, F. B. Bronkhorst, K.-H. Brandt and A. E. Meinders, Primary sclerosing and obliterating purely intrahepatic cholangitis. H. J. van Wijk, J. A. Kerckhaert, O. L. Oei and H. P. T. van Helden, Immunoglobulin E myeloma. Case report and review of the literature. Nr. 7. J. Galama, Chlamydia trachomatis: the sexual transmission of a tricky agent. E. J. C. Lubbers and J. H. C. Kuypers, Ileoanal anastomosis with the construction of a reservoir. P. K. Bouter, R. J. A. Diepersloot, H. D. Eggink, H. P.

Remmert and H. A. Verbrugh, Disseminated aspergillosis in a patient with staphylococcal toxic shock. H. A. Koomans, J. van Hattum and B. Speelberg, Volume homeostasis in cirrhosis of the liver. Pathogenetic and therapeutic implications. A. J. G. Swaak, Central nervous system involvement in systemic lupus erythematosus. A review of clinical observations, pathophysiology, diagnosis, disease course, prognosis and therapy. Nr. 8. A. J. M. Vogten, Liver transplantation for end-stage liver disease. R. J. de Knecht, S. W. Schalm, B. van den Berg and F. W. J. ten Kate, Causes of death in fulminant hepatic failure. A guide to future management. E. W. Boeschoten, R. T. Krediet, C. M. Roos, J. J. Kloek, M. E. I. Schipper and L. Arisz, Leakage of dialysate across the diaphragm: an important complication of continuous ambulatory peritoneal dialysis. M. J. Krol-van Straaten and C. E. M. de Maat, Primary non-Hodgkin lymphoma of the central nervous system.

The Netherlands journal of surgery. – 38e Jrg. 1986. Nr. 3. P. G. Warmenshoven, R. M. J. M. Butzelaar and J. N. Keeman, Acute pseudo-obstruction of the colon. R. J. T. M. Bleker and J. C. J. Wereldsma, Carotid body tumor: Familial occurrence. K. W. Marck, A. M. Kooiman and B. Binnendijk, Brachial artery rupture following supracondylar fracture of the humerus. Chr. van der Werken and H. J. M. Oostvogel, The dorsal approach for internal fixation of fractures of the lateral malleolus. E. R. Hammacher, P. R. Schütte and T. J. Bast, Minimal osteosynthesis of lateral malleolar fractures. D. M. K. S. Kaulesar Sukul, P. J. Steinberg and P. L. M. Lichtveld, The carpal boss. T. M. van Gulik, J. W. Jansen and C. W. Taat, Kimura's disease in the spermatic cord, an unusual site of rare tumor. Nr. 4. G. N. Homminga and O. Kluft, Long-term inversion stability of the ankle after rupture of the lateral ligaments. R. J. A. Goris, Acute acalculous cholecystitis. A. C. Verschoof, E. F. M. Wouters and L. H. Greve, Bronchopulmonary carcinoid tumors. O. C. Stroosma, P. J. Klopper and A. van den Hooff, Boiled and unboiled detached autogenous bone fragments. An experimental study. O. C. Stroosma, P. J. Klopper and A. van den Hooff, Bacterially contaminated detached autogenous bone fragments. An experimental study. J. D. Blankensteijn, C. A. M. Loricé and Chr. van der Werken, Traumatic dislocation of the hip with fracture of the femoral head.

Maandblad geestelijke volksgezondheid. – 41e Jrg. 1986. Nr. 7/8. A. van Stolk en J. Frenken, 'Als kind met de kinderen': een netwerk van incestueuze en pedoseksuele verhoudingen. Q. van Braam Houckgeest, M. J. M. D. van Vugt en J. G. te Winkel,