

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)

Claudicatio intermittens

In de artikelen van Van Vroonhoven (1986; 1345-8 en 1348-9) en Hoynck van Papendrecht et al. (1986; 1360-4) over claudicatio intermittens wordt terughoudendheid bepleit ten aanzien van chirurgische therapie voor de patiënten bij wie ook zonder vaatoperatie de prognose redelijk gunstig is. Moet men deze terughoudendheid laten varen, dan is volgens Van Vroonhoven: 'de enige zinvolle therapie van perifere arteriële obstructie een reconstructie van het aangedane vaatsegment'. Ik wil hierbij graag de aandacht vestigen op een conservatieve behandeling die voor deze patiënten overweging verdient. Indicatie is niet alleen claudicatio intermittens, maar zelfs ernstiger afwijkingen zoals de stadia III en IV in de indeling van arteriosclerotische vaatziekten volgens Fontaine.

De behandeling bestaat uit injecties in de A. femoralis van het betreffende been. Eén injectie bevat als belangrijkste werkzame stof 10-20 ml lidocaine (Xylocaine) 1%. Een ziektegeschiedenis in mijn praktijk betrof een vrouw van 81 jaar; een uitvoerige bespreking valt buiten het kader van deze rubriek. Er was bij haar sprake van een trofisch ulcus op basis van een gevorderde arteriosclerose in het gehele vaatstelsel. Na het falen van een aantal niet-operatieve behandelingen (waaronder dubbelzijdige chemische sympathectomie) werd besloten het onderbeen te amputeren. In overleg met de behandelende specialisten heb ik toen een poging ondernomen om thuis het been dicht te krijgen. De injectietherapie (aanvankelijk meer-malen per week, maar na enige tijd eenmaal per twee à drie weken) bracht snel verbetering, met als resultaat verdwijnen van de pijn en genezing van het ulcus. Patiënte, die geheel bedlegerig was, kon weer worden gemobiliseerd en loopt nu, vijf jaar later, op 86-jarige leeftijd nog het hele dorp rond. Behandeling: nog één injectie per maand. De intra-arteriële injectietherapie wordt in Terwolde toegepast door Van der Molen et al. (waar ik in de gelegenheid was deze te leren kennen).

Ik vraag mij af waarom deze behandelingsmethode met haar evidente resultaten en voordelen buiten beschouwing is gebleven in het 'claudicatio-nummer' van dit tijdschrift. In de publikatie van Hoynck van Papendrecht et al. wordt wel gesproken van de goede resultaten van een loopoefenprogramma, maar vaak is het probleem nu juist dat pijn het lopen bijna onmogelijk maakt. Dat geldt nog meer voor de patiënten met spontane pijn en ischemische necrose (stadia III en IV) die, zoals ook in de gemelde ziektegeschiedenis, niet meer te mobiliseren zijn. Juist dan bewijzen de intra-arteriële injecties hun dienst: door de snelle pijnvermindering wordt een vicieuze cirkel doorbroken en kan het genezingsproces op gang worden gebracht.

De Franse vaatchirurg Reboul heeft de aanzet tot deze behandeling gegeven. Van der Molen berichtte hierover in 1980 en 1985, onder verwijzing naar verdere literatuur.^{2,3}

Het leek mij juist om naar aanleiding van genoemde artikelen hier eens op te wijzen, in de hoop dat een aantal patiënten een alternatief voor operatie kan worden geboden.

LITERATUUR

¹ Reboul H, Laubry P, Vergoz L. Les injections intra-artérielles périphériques. Traitement des lésions tissulaires d'origine vasomotrice. Arch Mal Coeur 1962; 619-29.

² Molen HR van der. Vasoactive intra-arterial therapy in peripheral occlusive arterial disease (with follow-up after 6,5 years), Angiology 1980; 31: 221-9.

³ Molen HR van der. Intraarterielle Therapie der Verschlusskrankheit. Phlebol u Proktol 1985; 14: 107-10.

R. W. KEESTRA

Terwolde, augustus 1986

Om zelf de therapie te kunnen beoordelen, die collega Keestra voorstaat en die hij met een korte ziektegeschiedenis heeft geïllustreerd, doet men er goed aan de door hem aangehaalde artikelen nog eens te bestuderen.³ Dan blijkt dat de waarde van deze behandeling wordt 'bewezen' zonder dat de patiëntengroepen eenduidig zijn gedefinieerd, zonder dat objectieve en reproduceerbare maatstaven bij de beoordeling van het resultaat zijn gebruikt, zonder dat enige vorm van statistische bewerking werd uitgevoerd, terwijl tegelijkertijd met de intra-arteriële injecties ook nog andere vormen van behandeling werden toegepast. Kortom deze onderzoeken voldoen niet aan de eisen die tegenwoordig aan wetenschappelijk onderzoek moeten worden gesteld. Zolang dergelijke onderzoeken niet voorhanden zijn, zal de scepsis die bij mij en bij vele anderen bestaat ten aanzien van de waarde van de behandeling van arteriële insufficiëntie, zoals die door collega Keestra wordt geadviseerd, niet verdwijnen.

TH. J. M. V. VAN VROONHOVEN

Tilburg, september 1986

In zijn klinische les en zijn daaropvolgende commentaar spreekt collega Van Vroonhoven van 'de diagnose claudicatio intermittens' (1986; 1345-9). Claudicatio intermittens (van Lat. claudicare = hinken, mank gaan) is echter geen diagnose maar een symptoom, zoals hoofdpijn of lumbago. Omdat pijn in de benen bij lopen zeker niet uitsluitend door vasculaire afwijkingen veroorzaakt wordt, is dit niet alleen een kwestie van terminologie. Sinds in 1954 melding gemaakt werd van congenitale lumbale wervelkanaalstenose die pas op latere leeftijd aanleiding gaf tot claudicatio intermittens,¹ is duidelijk geworden dat ook verkregen cauda- of lumbosacrale wortelcompressie tot deze klachten aanleiding kan geven,^{2,3} om van oorzaken als polyneuropathie of orthopedische afwijkingen aan de benen nog maar te zwijgen. De neurogene claudicatie onderscheidt zich vaak van de vasculaire vorm door de aanwezigheid van rugklachten, de invloed van de houding op de pijn (minder klachten bij vooroverbuigen of zitten), het minder snel verminderen van de pijn in rust en de uitstraling in het gebied van de mechanisch of vasculair bedreigde wortel. De patiënt kan soms beter fietsen dan lopen, en het trap aflopen is vaak moeilijker dan het trap oplopen.^{4,5}

Omdat neurogene claudicatie meestal bij oudere patiënten voorkomt, die degeneratieve afwijkingen aan de wervelkolom hebben en soms ook tegelijkertijd vasculaire afwijkingen, is de uiteindelijke diagnose niet altijd zonder elektromyografie of caudografie te stellen. Het klachtenpatroon van patiënt B, met o.a. paresthesieën en pijn in de bil (N. ischiadicus-gebied) nodigt zeker uit tot nadere neurologische analyse.

Uit recente gegevens valt op te maken dat bij 5 à 10% van de patiënten met claudicatio intermittens de oorzaak in het gebied van de cauda equina en de uittredende wortels gezocht moet worden, ook als er misschien duidelijke vasculaire factoren in het spel zijn. De titel van de klinische les berust dus meer op waarheid dan de auteur had kunnen bevroeden.

LITERATUUR

- 1 Verbiest H. A radicular syndrome from developmental narrowing of the lumbar canal. *J Bone Joint Surg (Br)* 1954; 36: 230-7.
- 2 Watanabe R, Parke WW. Vascular and neural pathology of lumbosacral spinal stenosis. *J Neurosurg* 1986; 64: 64-70.
- 3 Ciric I, Mikhael MA, Tarkington JA, Vick NA. The lateral recess syndrome. A variant of spinal stenosis. *J Neurosurg* 1980; 53: 433-43.
- 4 Tait WF, Charlesworth D, Lemon JG. Atypical claudication. *Br J Surg* 1985; 72: 315-6.
- 5 Anonymus. Neurospinal claudication (Editorial). *Lancet* 1985; ii: 704.

P. R. SCHIPHOF

Monnickendam, augustus 1986

Colonoscopische decompressie bij volvulus en pseudo-obstructie van het colon

In hun artikel beschrijven Hoofwijk et al. een poging om met de flexibele colonoscoop decompressie te bewerkstelligen bij een volvulus van het coecum (1986; 1317-9). Hoewel het slechts bij een poging bleef, lijkt me toe dat men hier toch enkele haustra te ver heeft willen reiken. Want ofschoon de auteurs bloeding en perforatie als nadelen van de starre rectosigmoidoscoop noemen, denk ik dat ook de flexibele colonoscoop een vliedsun vaak voetbalgroot coecum gemakkelijk perforceert. Bovendien is de volvulus van het coecum eenvoudig en elegant te behandelen door middel van een coecostomie met een Foley-catheter. In tegenstelling tot volvulus van het colon sigmoideum waarbij (electieve) resectie dient te volgen, wint men bij volvulus van het coecum geen operatietempo met colonoscopie.

Tenslotte wil ik nog opmerken dat men bij elke colonoscopische decompressie van een volvulus bedacht moet zijn op de mogelijke aanwezigheid van: (a) een compound volvulus (ook ileosigmoid knotting genoemd); (b) een sigmoïdvolvulus door een interne hernië; (c) het tegelijkertijd aanwezig zijn van zowel een coecum-volvulus als een sigmoïdvolvulus.¹

In deze gevallen lukt het soms decompressie te verkrijgen van het aangedane colon, maar zal toch laparotomie moeten volgen om dode darm te voorkomen. Er had ook mijns inziens expliciet in het artikel van Hoofwijk et al. moeten staan dat er een controle-buikoverzichtsfoto na decompressie verricht dient te worden en dat laparotomie moet geschieden als de toestand van de patiënt niet snel en blijvend verbetert na colonoscopische decompressie van een volvulus.

LITERATUUR

- 1 Schagen van Leeuwen JH. Sigmoid volvulus in a West African population. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 712-6.

J. SCHAGEN VAN LEEUWEN

Utrecht, augustus 1986

Oogheekundige complicaties door het dragen van contactlenzen

Naar aanleiding van het artikel van Polak et al. (1986; 1791-3) zou ik nog op de volgende complicatie willen wijzen. Door het verdwijnen van de contactlens achter het bovenste ooglid kan een eenzijdige ptosis ontstaan, die kan leiden tot overbodig neurologisch onderzoek. Soms is noch de patiënt, noch de oogarts zich er namelijk van bewust dat een 'verloren' contactlens de oorzaak kan zijn van een eenzijdige ptosis.¹

LITERATUUR

- 1 Yassin JG, White RH, Shannon GM. Blepharoptosis as a complication of contact lens migration. *Am J Ophthalmol* 1971; 72: 536-7.

W. A. J. HOEFNAGELS

Amsterdam, oktober 1986

Collega Hoefnagels wijst terecht op het ontstaan van ptosis door een 'verdwaalde' contactlens. Bij contactlensdragers kan een blepharoptosis ontstaan, die soms het gevolg is van een disinsertie en een recessie van de aponeurosis van de M. levator palpebrae.¹ Een verschoven contactlens kan veel narigheid veroorzaken en het is niet altijd gemakkelijk de contactlens terug te vinden; in zeldzame gevallen kan een zwelling ontstaan, die doet denken aan een chalazion.² Door de patiënt omlaag te laten kijken en het bovenooglid om te stulpen, zal het meestal lukken de contactlens te voorschijn te brengen. Indien de lens niet wordt teruggevonden in de fornices, is het soms moeilijk de patiënt te overtuigen van het feit dat de lens werkelijk is zoek geraakt.

LITERATUUR

- 1 Epstein G, Putterman AM. Acquired blepharoptosis secondary to contact-lens wear. *Am J Ophthalmol* 1981; 91: 634-9.
- 2 Kleberger E. Präarsale Haftschaale unter dem Bilde eines Chalazions. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 1974; 165: 342-3.

B. C. P. POLAK

Rotterdam,

C. C. KOK-VAN ALPHEN

Oegstgeest, oktober 1986

Duur en numeriek rendement van de opleiding tot basisarts

Graag dank ik de schrijvers Post, De Graaff en Drop voor hun inzichtelijk en belangrijk artikel over studierendement van de Maastrichtse medische faculteit (1986; 1903-5). Kennelijk kan daar de studie geneeskunde met succes in 6 jaar worden voltooid. Dit artikel zou een stimulans moeten vormen voor andere faculteiten om hun onderwijsprogramma's en studieduur kritisch te bezien. Uit eigen ervaring aan de faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam weet ik dat de verplichting herhalingstentamens te moeten doen alvorens de studie te kunnen voortzetten, bij een niet onaanzienlijk aantal van mijn medestudenten geleid heeft tot studievertraging van enkele maanden tot ruim 2(!) jaar. O.a. het tentamen interne geneeskunde vormde daarbij één van de grote struikelblokken. Onderwijsbegeleiding was minimaal; veeleer was van een ontmoedigingsbeleid sprake. Het is te hopen dat, zoals al uit de sfeer en toon van het stuk van Post et al. blijkt, de medische faculteiten zich verantwoordelijk (gaan) voelen voor de studieresultaten en daarmee voor het welzijn van hun eenmaal voor de studie geaccepteerde studenten.

E. A. ROBERTSON

Amsterdam, oktober 1986

Het gebruik van siliconprothesen bij comminutieve fracturen van het caput radii

In het artikel van Van Beek, Meijer en De Mol (1986; 1797-800) wordt het gebruik van siliconprothesen bij comminutieve radiuskopfracturen beoordeeld als een goed alternatief voor primaire excisie van het radiuskopje. Zoals gesteld in hun conclusie, blijft de indicatiestelling echter moeilijk. Vooral bij jonge, actieve mensen zou volgens schrijvers implantatie van een prothese overwogen dienen te worden.

Naar mijn mening dient zeker in deze groep van jonge, actieve mensen primaire resectie te worden vermeden. Doch in dezelfde groep mensen zou de prothese normaal gesproken nog 50-60 jaar mee moeten en tot op heden is allermindst aangetoond, dat dit zonder problemen mogelijk is. Mijn voorkeur als alternatief voor resectie gaat dan ook uit naar een open repositie van de fractuur gevolgd door een interne osteosynthese met