

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 perforereert. 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

Oogheekkundige 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 allerminst 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