

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 allerm minst 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

verzonken mini-osteosynthesemateriaal. In een groot deel der gevallen blijkt dit ook bij comminatieve fracturen mogelijk.¹ Pas als dit (technisch) niet mogelijk blijkt en de resectie onvermijdelijk is kan het plaatsen van een prothese worden overwogen.

LITERATUUR

- ¹ Vierhout RJ, Oostvogel HJM, Vroonhoven ThJMV van. Internal fixation of fractures of the head of the radius. *Neth J Surg* 1983; 35: 13-6.

R. J. VIERHOUT

Emmen, oktober 1986

Collega Vierhout stelt dat resectie van de radiuskop bij jonge mensen vermeden moet worden. In veel gevallen is primaire osteosynthese mogelijk. Vanzelfsprekend gaat ook onze voorkeur uit naar osteosynthese. De indicatie tot osteosynthese wordt door ons gesteld bij dislocatie van meer dan 1 mm of fracturering van meer dan 1/3 van de circumferentie van de radiuskop.

In de aangegeven periode werden 151 radiuskopfracturen behandeld: 97 patiënten kregen conservatieve therapie en 54 patiënten ondergingen een operatie. In onze groep patiënten bestond bij 20 patiënten een dusdanige verbrijzeling dat primaire osteosynthese niet mogelijk was. Slechts in die gevallen is het plaatsen van een siliconprothese te overwegen.

W. S. MEIJER

A. J. VAN BEEK

Rotterdam, oktober 1986

Chemotherapeutica en antibiotica bij urineweginfecties

Een van de middelen die door Hoepelman en Verhoef worden aanbevolen is nitrofurantoïne (1986; 1788-90). In de tabel vermelden de auteurs de gangbare, maar te hoge dosis van 4 dd 100 mg. Zoals ik al eerder in dit tijdschrift betoogd heb, is een dosis van 4 dd 50 mg ruim voldoende om bacteriostatische concentraties in de urine te verkrijgen bij patiënten met normale nierfunctie.¹ Toepassing van nitrofurantoïne in deze hoeveelheid leidt niet tot misselijkheid, braken of anorexie, bijwerkingen die bij hogere doses vaak voorkomen. Het is te betreuren dat dit in Nederland nog steeds niet is doorgedrongen tot de artsen die urineweginfecties behandelen. Vrijwel onveranderd wordt aan patiënten de te hoge dosis van 4×100 mg voorgeschreven. De dosis van 4×50 mg voorkomt de onaangename bijwerkingen van het middel zonder verlies aan werkzaamheid. Daarenboven is nitrofurantoïne in een dosis van 50 mg, 's avonds, uitstekend geschikt als profylaxe bij recidiverende urineweginfecties.²

Er is dan ook weinig aanleiding om, zoals de schrijvers suggereren, de plaats van dit middel in ons therapeutisch handelen opnieuw te bepalen. Mits op de juiste manier gedoseerd, kan nitrofurantoïne ongetwijfeld het middel van eerste keus blijven voor de behandeling van ongecompliceerde urineweginfecties bij patiënten met een normale nierfunctie.

LITERATUUR

- ¹ Koene RAP. Bijwerkingen van nitrofurantoïne. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1290.
² Barley RR, Gower PE, Roberts AP, Wardener HE de. Prevention of urinary-tract infection with low-dose nitrofurantoin. *Lancet* 1971; ii: 1112-4.

R. A. P. KOENE

Nijmegen, oktober 1986

Wij zijn collega Koene erkentelijk voor zijn reactie. Inderdaad is 4 dd 50 mg nitrofurantoïne gedurende 10 dagen voldoende om een ongecompliceerde urineweginfectie bij een vrouw te behandelen.¹ Wij hebben ons echter gehouden aan de in de Engels-Amerikaanse literatuur gebruikelijke en in ons land in het *Farmacotherapeutisch Kompas* aangeraden dagdosis van 400 mg.² Het is niet geheel juist dat nitrofurantoïne in een dagdosis van 200 mg geen aanleiding geeft tot misselijkheid, braken of diarree. Gossius beschrijft deze bijwerking bij 10% van zijn patiënten en bij slechts 2% van zijn controlepersonen. Met deze dosering zag hij bij 25% van zijn patiënten een 'minor adverse reaction', bij 10% van zijn patiënten moest de therapie om deze reden zelfs worden gestaakt. Ook de veel ernstiger pulmonale en neurotoxische bijwerkingen worden in Zweden, waar nu juist deze lage dosis wordt gebruikt, in toenemende frequentie gezien.³ Omdat het overigens zeldzame chronische pulmonale syndroom juist bij langdurig continu gebruik van nitrofurantoïne in lage dosering is beschreven, hebben we de overigens doeltreffende suppressie therapie met 50 mg ante noctem in het laatste deel van de tabel weggelaten.

Op grond van de aanvullingen van collega Koene zien wij geen reden voor wijziging van onze conclusies: (a) tenzij meer studies bevestigen dat een eenmalige dosis nitrofurantoïne doelmatig is bij de behandeling van ongecompliceerde urineweginfecties, lijkt het tijd om de plaats van dit geneesmiddel opnieuw te bepalen en (b) een acute ongecompliceerde urineweginfectie bij een niet-zwangere vrouw kan het best bestreden worden met een kortdurende therapie of met een eenmalige hoge dosis co-trimoxazol.

LITERATUUR

- ¹ Gossius G. Single dose nitrofurantoin therapy for urinary tract infections in women. *Current Therapeutic Research* 1984; 35: 925-31.
² Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1986: 583-4. *Farmacotherapeutisch Kompas* 1986.
³ Holmberg L, Bouman G, Böttiger, et al. Adverse reactions to nitrofurantoin. *Am J Med* 1980; 69: 733-8.

I. M. HOEPELMAN

J. VERHOEF

Utrecht, oktober 1986

Galsteenileus

Met genoegen las ik het artikel van Van der Vliet en Van Hillo over galsteenileus (1986; 1777-9). Terecht wijzen zij erop, dat men allereerst moet streven naar het opheffen van de obstructie door een enterotomie ter verwijdering van de steen. Er wordt echter niet gesproken over de plaats van de enterotomie. Met grote nadruk moet gesteld worden, dat de enterotomie nooit op de plaats van inklemming dient te geschieden. Hier is de darm al vaak ernstig beschadigd, met een grotere kans op naadlekkage na operatie. Zonder moeite lukt het altijd de steen weer richting maag te masseren, de aanvoerende lis is immers uitgezet. Een centimeter of 20 proximaal van de inklemmingsplaats kan men dan zonder noemenswaardig risico in een gezond stuk ileum de enterotomie aanbrengen en de steen verwijderen.

Voor wat betreft de biliodigestieve fistel: in principe nooit exploreren! Blijf er ver vandaan. De natuur heeft een wonderbaarlijk knap stukje werk geleverd door de steen te luxeren in de tractus digestivus. Mochten er later problemen ontstaan (op zichzelf zeldzaam) dan kan men altijd in tweede instantie à froid een eventuele correctie aanbrengen.

W. G. SILLEVIS SMITT

Zwolle, oktober 1986