

gezien dan bij de danseressen zonder scoliose ($p < 0,04$); daarnaast kwam bij hen ook vaak een langdurige secundaire amenorroe voor ($p < 0,05$). Zoals te verwachten, was de erfelijke factor, onderzocht door familie-onderzoek ook duidelijk aantoonbaar ($p < 0,01$). Maar daarnaast suggereert het onderzoek ook een causaal verband tussen verlaagd oestrogeengehalte en scoliose.

Lange slanke meisjes vormen een groep met een duidelijk verhoogd risico voor het ontstaan van scoliose.⁵ Juist uit deze groep worden de balletdanseressen gerecruiteerd. Met de mogelijkheid van selectie voor wat betreft het scolioserisico moet dus rekening gehouden worden. Hierop wordt in een redactioneel commentaar nog eens nadrukkelijk gewezen;¹ en om het geheel nog gecompliceerder te maken wordt hierin betoogd, dat de rigoureuze ballettraining aanleiding geeft tot een zodanige laxiteit van de ligamenten van de wervelkolom, dat een toestand ontstaat die vergelijkbaar is met afwijkingen zoals de syndromen van Ehlers-Danlos en Marfan, waarbij de incidentie van scoliose zeer hoog is.

LITERATUUR

- 1 Winter RB. Adolescent idiopathic scoliosis (Editorial). *N Engl J Med* 1986; 314: 1379-80.
- 2 Wynne-Davies R. Familial (idiopathic) scoliosis. *J Bone Joint Surg (Br)* 1968; 50: 507-11.
- 3 Warren MP. The effect of exercise on pubertal progression and reproductive function in girls. *J Clin Endocrinol Metab* 1980; 51: 1150-7.
- 4 Warren MP, Brooks-Gunn J, Hamilton LH, Fiske Warren L, Hamilton WG. Scoliosis and fractures in young ballet dancers. *N Engl J Med* 1986; 314: 1348-53.
- 5 Willner S. A study of height, weight and menarche in girls with idiopathic structural scoliosis. *Acta Orthop Scand* 1975; 46: 71-3.

B. E. E. M. J. VERAART

Diversen

Lyme disease in Engeland

Lyme disease is een door teken (*Ixodes dammini*) overgebrachte infectieziekte veroorzaakt door een spirocheet, *Borrelia burgdorferi*. De aandoening is voor het eerst in 1975 waargenomen bij kinderen in de staat Connecticut en later in verschillende delen van de Verenigde Staten. In Europa is de ziekte slechts sporadisch gesignaleerd.^{1,2} In Engeland (Hampshire), waar de huidafwijkingen die bij Lyme disease voorkomen (erythema chronicum migrans) regelmatig worden gezien, werd onlangs bij een jongen van 9 jaar Lyme disease gediagnostiseerd met alle klassieke verschijnselen.³ Het was begonnen met een erythematuze macula op de rug, waar hij was gebeten door een teek. Het erytheem breidde zich ringvormig uit tot een diameter van 30 cm. In de loop van enkele weken kreeg hij ook andere symptomen: moeheid, hoofdpijn, gewrichtsklachten, fotofobie en nekstijfheid en na 1½ maand ontstond het klinische beeld van een meningo-encephalitis. Bij serologisch onderzoek konden antistoffen tegen *B. burgdorferi* worden aangetoond in een titer van 1:1024. Andere verwekkers werden niet gevonden. Wellicht is Lyme disease al eerder voorgekomen in Engeland, maar nooit als zodanig herkend. Ook is het mogelijk dat dit het begin is van een epidemie.

LITERATUUR

- 1 Sturfelt G, Cavell B. Lyme disease in a 12 year old girl. *Acta Paediatr Scand* 1985; 74: 133-6.
- 2 Gerster JC, Guggi J, Perroud H, Bovel R. Lyme disease appearing outside the United States. A case report from Switzerland. *Br Med J* 1981; 283: 951-2.
- 3 Williams D, Rolles CJ, White JE. Lyme disease in a Hampshire child - medical curiosity or beginning of an epidemic? *Br Med J* 1986; 292: 1560-1.

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)

Buikpijn of acute buik?

Met plezier heb ik de klinische les van collega Vervest et al. (1986; 425-7) gelezen. Ook hier worden wij regelmatig geconfronteerd met zwangeren met acute buikverschijnselen. Vaak is de anamnese onbetrouwbaar en (of) onvolledig. Aan de hand van een ziektegeschiedenis wil ik wijzen op een niet in de tabel vernoemde diagnose, die hier echter vaker wordt gesteld. Een patiënte, van wie pariteit of eventuele abortus niet bekend was, met een amenorroeduur van ca. 6 maanden, strompelt het 'out patient dept.' binnen; anamnese: sedert 1 maand pijn rechts onder in de buik, uitstralend in het been. Zij komt van een 'health centre' waar ze medicijnen kreeg tegen de koorts; de pijn is echter hetzelfde gebleven. Ze klaagt verder over nausea zonder braken en anorexia. Er is geen overmatige of stinkende fluor vaginalis, noch strangurie. Er moet worden vermeld dat patiënte een 'fulani' is, een herdersvolk in het noordwesten van Kameroen. Dit volk bestaat uit erg taaie mensen die zeer veel pijn kunnen verdragen.

Bij onderzoek zien wij een zieke vrouw, in matige hydratietoestand. De temperatuur bedraagt 36°C, de pols is matig gevuld, 98 slagen/min, regulair eequaal. De fundus uteri bevindt zich even boven de navel; er zijn geen objectief waarneembare

weeën, de foetale harttonen zijn positief. Palpatie van de buik rechts en onder is erg pijnlijk en er bestaat lokale défense musculaire. Vaginaal toucher: geen ontsluiting, zeer pijnlijk, met name bij opstoten naar rechts boven; de ruimte van Douglas bombeert niet.

Laboratoriumonderzoek: Hb-gehalte 5,4 mmol/l, leukocyten 13.300, BSE 141 mm in het eerste uur; urine: albumine negatief, glucose negatief, 0-5 leukocyten, enkele epitheelcellen; vagina-uitstrijk: diplokok negatief, Trichomonas negatief, Candida negatief.

Onder de verdenking 'psoas-abces' wordt dezelfde dag nog met behulp van een 15 cm lange naald een proefpunctie verricht, waarbij pus wordt gevonden. Aansluitend wordt dan onder etheranesthesie geopereerd. Het gelukt om, retroperitoneaal blijvend, de psoasloge op te zoeken, waarbij een abces kan worden gedraineerd met ongeveer 300 ml romige pus. Een drain wordt achtergelaten en patiënte krijgt ampicilline intraveneus. Na 2 weken ligt de drain droog en kan worden verwijderd. De zwangerschap is tot op heden nog intact en patiënte kan de benen weer goed bewegen. Een oorzaak voor het psoas-abces hebben wij nog niet gevonden.

H. VAN DEN HOMBERGH

Njinikom, Kameroen, september 1986

Collega Van den Hombergh doet ons een interessante ziektegeschiedenis toekomen. Zijn casuïstiek toont nogmaals duidelijk hoe moeilijk de diagnose van een acute buik in de zwangerschap kan zijn. Het gegeven echter dat een dergelijke patiënte pas een maand na het ontstaan van de klachten door een arts wordt gezien, selecteert ongewild de ware acute buik van de aandoeningen die wel kunnen duiden op een acute buik in de zwangerschap, maar het niet zijn. Met andere woorden door de vertraging van een maand kristalliseert het klinische beeld zich uit. Er blijven dan in dit geval evidente verschijnselen van acute buik, zoals défense musculaire en een verhoogde bezinking, over. Deze vertraging zal in veel ontwikkelingslanden, zoals in Kameroen, onvermijdelijk zijn. In Nederland zou een dergelijke patiënte veel eerder bij een arts zijn gekomen en zou het probleem in feite moeilijker zijn doordat eerst het onderscheid tussen wel of geen echte acute buik zou moeten worden gemaakt in het beginstadium van het ziekteproces.

Een psoas-abcès, zeker in de zwangerschap, is een zeer ongewoon beeld in de westerse medische wereld, maar wel een differentiaaldiagnose om aan te denken. Daarom onze hartelijke dank aan collega Van den Hombergh voor zijn waardevolle aanvulling van de lijst met oorzaken van acute buik in de zwangerschap.

H. A. M. VERVEST
G. C. M. L. CHRISTIAENS
H. W. BRUINSE

De Meern, oktober 1986

Antegrade lavage tijdens operatie van afwijkingen in het linker deel van het colon

In het artikel van Van Mourik et al. (1986; 1322-4) stond een zin die me zeer aansprak: 'De behandeling van de patiënt met een acute aandoening van het linker deel van het colon zal individueel gericht zijn'. De auteurs vervolgen evenwel met: 'De enige contra-indicatie tegen resectie met primaire anastomose is een uitgebreide ernstige peritonitis'.

Deze tweede stelling laat mijns inziens van een individueel gerichte behandeling helaas weinig over. Bovendien kan deze stelling aanzetten tot waaghalzerij; met name bij volvulus van het colon sigmoideum. Reeds eerder namelijk suggereerden de schrijvers van bovenstaand artikel de antegrade lavage gevolgd door resectie met primaire anastomose, ook toe te passen bij sigmoïdvolvulus, wanneer conservatieve therapie (sigmoïdoscopie en deflatie van het colon) faalde.¹

In mijn ervaring bestaat bij de sigmoïdvolvulus die niet toegankelijk is voor conservatieve therapie meestal zoveel oedeem en hemorragische infarcering, dat resectie en primaire anastomose ook na lavage riskant blijven.² Overigens komt in het betreffende artikel niet één patiënt voor met sigmoïdvolvulus. En in de groep met 64 patiënten van Radcliffe et al., die de techniek van primaire anastomose van het linker colon na antegrade lavage introduceerden, had slechts één patiënt een sigmoïdvolvulus.³

Ook uit deze gegevens blijkt niet dat de beschreven techniek bij volvulus reeds een geaccepteerde zaak is. Aandoeningen van het linker colon zijn een grote vergaarbak van uiteenlopende ziektebeelden en de pathofysiologie van de obstructie-ileus op basis van een colontumor is een andere dan van een volvulus. Dit moet tot gevolg hebben dat de introductie van de antegrade colonlavage, etc. iets genuanceerder gebracht dient te worden. Bijvoorbeeld door te benadrukken dat niet alleen bij perforatieperitonitis als gevolg van sigmoïdvolvulus de Hartmann-operatie de methode der keuze is, maar dat dit geldt voor vrijwel elke sigmoïdvolvulus waarbij conservatieve therapie faalt en laparotomie noodzakelijk is.

LITERATUUR

- 1 Julius AJ, Meijer S, Hoitsma HFW, Luth WJ. Volvulus van het colon (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 975.
- 2 Schagen van Leeuwen JH. Sigmoidvolvulus in a West African population. Dis Colon Rectum 1985; 28: 712-6.
- 3 Radcliffe AG, Dudley HAF. Intraoperative antegrade irrigation of the large intestine. Surg Gynecol Obstet 1983; 156: 721-3.

J. SCHAGEN VAN LEEUWEN

Utrecht, augustus 1986

Nieuwe antirheumatica in oude magen

In het artikel van collega Offerhaus (1986; 1827-9) wordt een overzicht gegeven van de gastro-intestinale bijwerkingen van antirheumatica. In het bijzonder wordt gewezen op het risico van deze farmaca bij patiënten van 65 jaar en ouder. Ook ketoprofen (Orudis) komt hierbij ter sprake evenals piroxicam, naproxen en indometacine. Maag-darmbloedingen en -perforaties zouden bij gebruik van deze geneesmiddelen vaker voorkomen c.q. ernstiger zijn dan bij andere. Wij moeten aannemen dat de zinsnede over ketoprofen met name gebaseerd is op het artikel van O'Brien et al.¹ Juist dit artikel is in hetzelfde tijdschrift reeds becommentarieerd.² De inhoud van het commentaar betrof de wijze waarop het onderzoek had plaatsgevonden en vernoemt andere data waaruit blijkt dat ketoprofen juist relatief veilig is aangaande maag-darmbijwerkingen. O'Brien et al. bedienden zich van een retrospectief onderzoek dat tevens plaatsvond als bijproduct van een andere studie, waardoor de grondslagen zeker niet optimaal kunnen worden genoemd. Het geneesmiddelengebruik vóór het ketoprofengebruik is onbekend en kan uiteraard duidelijk aan de voornoemde bijwerkingen hebben bijgedragen. Bovendien kent een retrospectief onderzoek zijn beperkingen: geen controlegroep en een klein aantal patiënten. Tevens was het voorschrijven van ketoprofen in het onderzoeksgebied bijna driemaal zo hoog als het cijfer waar deze auteurs van uitgingen. Deze omissie is te verklaren, omdat zij geen precieze prescriptiegegevens van hun gebied kenden.

Uit de 13 jaar ervaring met ketoprofen en uit vele andere data, waaronder het bijwerkingenprofiel van het Committee on Safety of Medicines blijkt dat deze stof juist relatief minder (ernstige) maag-darmafwijkingen kent dan veel andere antirheumatica.^{3,5} Overigens onderschrijven wij wel de stelling van Offerhaus, dat men zo goed mogelijk moet doseren bij een zo scherp mogelijk gestelde indicatie om het risico van bijwerkingen zo veel mogelijk te beperken.

LITERATUUR

- 1 O'Brien JD, Burnham WR. Bleeding from peptic ulcers and use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the Romford area. Br Med J 1985; 291: 1609-10.
- 2 Auriche MJ, Teule M. Bleeding from peptic ulcers and use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. (Ingezonden) Br Med J 1986; 292: 1462.
- 3 Anonymus. Committee on Safety of Medicines Update: Non-steroidal anti-inflammatory drugs and serious gastrointestinal adverse reactions. Br Med J 1986; 292: 1190-1.
- 4 Anonymus. Committee on Safety of Medicines Update: Non-steroidal anti-inflammatory drugs and serious gastrointestinal adverse reactions. Br Med J 1986; 292: 614-5.
- 5 Bijlsma JWJ, Houben HML, Riel PLCM van. Ketoprofen: Weer een nieuw NSAID? TGO/JDR 1985; 10: 996-9.

E. F. M. MULDER
H. PIETERSE, medisch directeur
Rhône-Poulenc Pharma,
Amstelveen

Amstelveen, oktober 1986