

Nascholing

ARTSENCURSUS ROTTERDAM

Vaatziekten in de algemene praktijk

Onder deze titel organiseerde de commissie voor de artsen-cursus te Rotterdam op 2 november jl. een studiedag in het Ziekenhuis Dijkzigt. Dat men hiermee een onderwerp aansneed dat de algemene belangstelling had, bleek wel uit de grote opkomst — 185 artsen — waarvan velen zich de moeite van een grote reis hadden getroost. Een perfecte organisatie zorgde ervoor dat de sprekers precies binnen de hun toegemeten tijd bleven en het programma geheel volgens schema kon worden afgewerkt, al kreeg men wel de indruk dat door dit nauwgezet volgens de klok werken de discussie een beetje in het nauw geraakte.

Als eerste besprak Dr H. E. Schornagel „De pathologische anatomie van het perifere arteriële vaatlijden”. Spreker wees op het verschil in ernst bij arteriële afsluitingen al naar gelang van het betrokken orgaan (hersenen, hart, extremiteiten), de snelheid van ontstaan, en vooral de mogelijkheid tot ontwikkeling van collateralen. Hij noemde het anatomisch veiligheidsmechanisme in de vorm van de circulus arteriosus Willisii, wat in de praktijk echter doorgaans toch onvoldoende blijkt om versterf van belangrijk hersenweefsel te voorkomen. Een betere kans tot collateraalontwikkeling bieden de coronairvaten en wel vooral bij diegenen die veel aan sport hebben gedaan. Hoewel er pathologisch anatomisch geen verschil in arteriële vernauwing tussen de actieve en de minder actieve mens op een bepaalde leeftijd blijkt te bestaan, krijgt de laatste eerder een infarct, vermoedelijk door minder collaterale circulatiemogelijkheden. Uitvoerig ging spreker in op de ontwikkeling van de atherosclerose, een reeds in de vroege jeugd beginnend lijden, dat door een hele serie factoren in zijn ontwikkeling kan worden versneld. Tal van dia's verduidelijkten deze ontwikkeling. Spreker wees erop, dat, hoewel tegenwoordig vooral wordt geschreven over cholesterol en verzadigde vetzuren, vooral mechanische factoren een zeer belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van atherosclerose, hetgeen mede een verklaring is voor de veelal haardsgewijze localisatie van het proces.

Vervolgens spraken Prof. Dr H. A. Snellen en Prof. Dr M. Vink beiden hoogleraar te Leiden over „Diagnostiek en behandeling van stoornissen in de perifere arteriële bloedsomloop”. Elkander afwisselend behandelde Prof. Snellen het klinisch beloop en de conservatieve therapie, Prof. Vink de diagnostiek en de chirurgische behandeling.

Klinisch beloop. Spreker wees op het verschil in ernst bij arteriële afsluitingen afhankelijk van de plaats (aan de bovenste ledematen met meer anastomosen minder voorkomend dan aan de onderste ledematen). De plaats van de pijn bij de claudicatio geeft een aanwijzing over de hoogte van de afsluiting. De symptomatologie wordt voorts beheerst door de snelheid van het ontstaan en de ter beschikkingstaande collateralen, welke laatste zich vaak al hebben ontwikkeld tijdens een langzaam ontstane vernauwing. Treedt een plotselinge afsluiting van de vernauwing op dan bestaat al een zekere collateraalcirculatie.

Het coronairvaatlijden moet men ook zien als een chronisch proces van verminderde (vernauwing, afsluiting) en verbeterde (collateraalontwikkeling) circulatie.

Diagnostiek. Anamnestic: pijn bij inspanningen en later ook in rust, vooral 's nacht. Inspectie: kleurveranderingen en een vertraagde „re-fill”. Auscultatie: Verminderde arteriële pulsaties zijn vaak al te horen door een souffle boven de bifurcatie, de a.iliacae of de a.femoralis, lang voordat deze palpatoir zijn vast te stellen. Palpatie: Hyperhydrosis en cyanotisch koude huid bij Raynaud en Bürger; anhydrosis vaak bij atherosclerosis; verminderde of verdwenen arteriële pulsaties.

Over de arteriële embolie was spreker kort. De diagnose is hier niet moeilijk en kan doorgaans op de anamnese wor-

den gesteld. De „six p's of arterial occlusion” (*pain, paralysis, pulselessness, paleness, paresthesia, prostration*) helpen bij het stellen der diagnose.

Conservatieve behandeling: deze draagt voornamelijk een palliatief karakter en veel meer mag worden verwacht van de reconstructie-chirurgie. Slechts indien deze niet mogelijk is komt conservatieve behandeling, waaronder ook de sympathectomie is te rekenen, in aanmerking en voorts natuurlijk ook als ondersteuning van de chirurgische ingrepen. Geneesmiddelen hebben in het algemeen een betrekkelijk geringe uitwerking op het perifere arteriële vaatlijden en men krijgt de indruk dat de compensatoire collateraalcirculatie reeds nagenoeg het maximum is wat kan worden bereikt. Bij een plotselinge afsluiting kan intraveneuze of intraarteriële injectie met eupaverine, acetylcholine en vooral novocaïne van nut zijn, doch men zal reeds dadelijk een operatief ingrijpen moeten overwegen. Van belang is een beeld te verkrijgen of er naast de verse afsluiting mogelijk ook nog oude bestaan, waardoor de operatie misschien onmogelijk of zinloos is. In aansluiting aan de operatie zullen we alle maatregelen moeten nemen die een collateraal-ontwikkeling bevorderen, hetgeen vooral zeggen wil spasmen vermijden en infecties voorkomen. Koude en roken zijn hier bekende gevaren. Daarnaast anticoagulantië, welke men naar sprekers mening eerst mag weglaten als de toestand bijvoorbeeld twee jaar stationair is gebleven. Verder wordt altijd een cholesterol-arm dieet toegepast, zeker indien er sprake is van een hoge cholesterol bloedspiegel. Of dit enig effect ten opzichte van het vaatlijden heeft valt te betwijfelen; zeker is dat de cholesterolbloedspiegel hier goed op reageert en we moeten het dus toch maar doen. Angiologisch onderzoek bij een oblitererend arterieel vaatlijden dient te worden besloten met aorto-arteriografie indien men operatie overweegt. Het is zaak kort hierop de operatieve ingreep uit te voeren, daar anders het proces zich inmiddels kan hebben uitgebreid waardoor men voor verrassingen kan komen te staan.

Enkele operaties: Trombo-endarteriëctomie, dat is uitschillen van trombus, intima en binnenlaag van media, waarna eventueel een stuk venawand kan worden ingehecht. Deze methode is in het bijzonder geschikt voor desobstructie van korte, afgesloten arteriesegmenten. Alloplastiek, dit is het inhechten van een prothese vervaardigd uit lichaamsvreemd materiaal (teflon, dacron), meestal in de vorm van een overbruggings-, bypass- of parallelplastiek, waarbij men het afgesloten stuk in situ laat. Bij afsluiting van arteriën in het onderbeen past men de reeds eerder genoemde lumbale sympathectomie toe daar deze zich niet lenen voor reconstructie-chirurgie.

Ten aanzien van de arteriële embolie nog enkele raadgevingen voor de huisarts. Wanneer men de diagnose zelfs maar vermoedt geve men 100 mg heparine intraveneus (zo nodig na vier uur te herhalen) en verzoeken zo snel mogelijk opname. Extremitet niet verwarmen; koel houden en lager leggen dan het overige lichaam.

Prof. Dr J. W. G. ter Braak behandelde vervolgens „Het cerebrovasculaire accident”. Deze fraaie naam camoufleert ons onvermogen om bloeding en vaatafsluiting te onderscheiden, aldus spreker. Het cerebrum, in verhouding de grootste zuurstofconsument van al onze organen, is reeds wanneer het luttele minuten van bloed- en zuurstoftoevoer is verstoken, definitief verloren. Hoe komt het dan dat bestaande defectverschijnselen soms toch weer verdwijnen? Aannemelijk is dat er in dat geval door collaterale circulatie een karige bloedvoorziening in stand wordt gehouden, juist voldoende om het weefsel in leven te houden, doch onvoldoende voor de normale functie ervan. Verbeterd de collaterale circulatie dan komt de functie ook weer terug. Bij een goede collaterale circulatie kan dus zelfs een afsluiting zonder verschijnselen verlopen. Andersom kan bij een slechte collaterale circulatie in een bepaald gebied, bij een afsluiting veel meer proximaal, of bij een verslechtering van de algemene circulatie een klinisch beeld ontstaan gelijkend op dat bij een afsluiting in dat bepaalde gebied. Er is dan een locale relatieve insufficiëntie. De neuroloog moet dan ook steeds de algemene circulatie en de grote toevoerende vaten in zijn onderzoek betrekken. Wat de diagnostiek betreft pleit bij oudere mensen het acute ontstaan van een hemiplegie sterk voor een cerebrovasculair acci-

dent. Ter onderscheiding van capsulaire bloeding (de klassieke apoplexie) en embolie bedenke men dat bij de laatste oorzaak meestal een niet-neurologische aanwijzing voor de oorsprong van een embolus is te vinden. Anamnestic zijn bij de diagnose van belang: herhaalde voorbijgaande stoornissen (vroeger aan vaatspasmen, thans meer aan trombotische afwijkingen in de extracraniele toevoerende arteriën geweten). Voor de differentiële diagnose met tumor cerebri is in de kliniek de echo-encefalografie van belang.

Causale therapie is er niet veel. Operatie van de klassieke capsulaire apoplexie is ongewenst. Vasodilatantia ter bevordering van collaterale circulatie hebben statistisch hun nut niet kunnen bewijzen. Wil men ze toch gebruiken, dan hebben inademing van CO₂ en toediening van papaverine of cyclospasmodol de voorkeur. Is de bloeddrukdaling verantwoordelijk voor het accident dan moet men de oorzaak hiervan bestrijden, er echter wel aan denkend dat noradrenaline en aramine ook de hersenvaten vernauwen!

Zeer verdeeld zijn de meningen over het nut van anticoagulantia bij het cerebrovasculaire accident. Zo er iets voor te zeggen valt, dan waarschijnlijk alleen bij de intermitterende cerebrale ischemieën en de nog progrediërende cerebrale defectverschijnselen omdat het hierbij denkbaar is, dat men een eraan ten grondslag liggend trombotisch proces een halt zou kunnen toeroepen.

Moet men een patiënt met een cerebrovasculair accident opnemen in een ziekenhuis? Neen, doorgaans niet. De ernstige gevallen kunnen hoogstens wat langer in leven worden gehouden door een uitgebreide apparatuur. De lichtere gevallen horen veel meer in een reactivingscentrum thuis. Ziekenhuisopname dus slechts als de differentiële diagnostiek ernstige problemen oplevert. Bij de behandeling thuis mobilisere men patiënten met een cerebrovasculair accident zo snel mogelijk. Immobilisatie levert vooral bij oudere mensen te veel gevaren op door veneuze trombose, longembolie, pneumonie, decubitus en contracturen.

Concluderend merkte Prof. ter Braak op: „De behandeling van het cerebrovasculaire accident bestaat in het merendeel der gevallen dus nog steeds in „heel voorzichtig niets doen“.

Over „Reactivering van patiënten met halfzijdige paresen“ sprak vervolgens collega S. Braadbaart, geriater te Rotterdam en verbonden aan het Reactiveringscentrum aldaar. Spreker wees erop, dat de reactivering veelal ernstig wordt bemoeilijkt door de lichte dementering of psychopathisering die veelal bij patiënten met een apoplexie optreedt. Men bedenke echter dat deze afwijkingen soms na zes tot twaalf weken weer belangrijk kunnen afnemen en er dus toch steeds een poging tot reactivering moet worden gedaan. Ook is de verwardheid soms het gevolg van complicaties, zoals infecties of een hartinfarct, waardoor men zich op een dwaalspoor kan laten brengen. Het is een fout de verwardheid met barbituraten te behandelen, aangezien deze bij oude mensen juist verwardheid en sufheid veroorzaken en dan een schijnbare demencie teweeg brengen. Beter gebruikte men tranquillizers (bijvoorbeeld chloorpromazine 3 dd 25 mg).

De afasie verdient ook onze aandacht. Zij vormt een belangrijke reden voor verwardheid en agressie daar de patiënt het onvermogen met zijn omgeving contact te maken zeer slecht verdraagt. Men moet dan ook alles in het werk stellen zijn wensen te begrijpen en vooral! zeer veel geduld tonen. Spraaktherapie vormt een belangrijk onderdeel van de behandeling en draagt veel bij tot het moreel van de patiënt.

Reactivering betekent eenvoudige revalidatie bij oude mensen. Waar de revalidatie-arts er naar streeft mobiliteit en zelfwerkzaamheid van de patiënt zo goed mogelijk te herstellen teneinde hem weer terug te voeren in het arbeidsproces en de maatschappij, heeft reactivering ten doel de patiënt binnenshuis zo onafhankelijk mogelijk te maken. Revalidatie zal veelal poliklinisch kunnen geschieden, terwijl reactivering door de slechte conditie der patiënt en de noodzaak van frekwente korte oefenperiodes een opname noodzakelijk maakt.

Onze eerste zorg voor de apoplexie-patiënt betreft het voorkomen van verstijving der gewrichten en contracturen. Het snelst verstijft het schoudergewricht aan de zieke zijde. Daarom is het nodig alle gewrichten, ook die der gezonde zijde, enige malen per dag passief te oefenen. Overigens mobilisere men patiënt zo spoedig mogelijk. Een grote moeilijkheid is,

dat de patiënt de verlamde ledematen vaak als niet eigen aanvoelt, doch als een vreemd en hinderlijk voorwerp waar hij ruw en onverschillig mee omgaat. Moeilijker dan het herstel van de functie van het been is vaak die van de hand. Men trachte in elk geval een flexiecontractuur der vingers te vermijden en geve geen balletje om te knijpen. Beter is het juist de strekmusculatuur te oefenen door bijvoorbeeld het wegpieken van knikkers. Overigens zal de oefening er meer op gericht moeten zijn de goede arm zo handig te maken, dat patiënt zich kan kleden (eventueel met speciale voorzieningen). De hemiparetische patiënt zal vrijwel altijd goede huis-houdelijke hulp nodig hebben en in vele gevallen toch op verblijf in bejaardentehuizen of verpleeginrichtingen zijn aangewezen.

Als laatsten spraken Dr L. van der Lugt en Dr K. Wiggers respectievelijk huidarts en chirurg, over: „Diagnostiek en behandeling van ulcus cruris venosum“. Uitvoerig ging men in op de nieuwere inzichten omtrent het ontstaan van het ulcus cruris. Lang staan geeft ook bij normale verhoudingen oedeem aan het onderbeen. Dit oedeem verdwijnt als men gaat lopen door de werking van de „kuitspieroep“. De huid en subcutis van het onderbeen hebben hun veneuze afvoer via de venae perforantes naar de diepe aderen. Deze stroomrichting en die van de kuit naar het hart wordt in stand gehouden door de kleppen, die een terugstromen onmogelijk maken. Het aanspannen en verslappen van de kuitspieroep werkt hierbij door drukverhoging en -verlaging binnen de fascia als een pomp. Zodra nu de veneuze kleppen insufficiënt worden, hetzij door varices der diepe venen, waardoor de kleppen niet meer sluiten, dan wel door trombose in de diepe venen of venae perforantes, welke meestal gevolgd wordt door herkanalisatie waarbij echter de kleppen zijn verwoest, zal er een lekkende „kuitspieroep“ ontstaan. De hoge druk bij aanspannen der kuitspieroep plant zich dan in tegengestelde richting voort, door de venae perforantes, naar subcutis en epidermis toe. Deze stootgewijze drukverhogingen beschadigen de capillairwand, veroorzaken bloedingen, induratie, atrofie en ulcera. De venae aan de enkel zetten uit en vertonen de „venous blow out“; de nis voor de achillespees vult zich.

Het laat zich na deze uiteenzetting begrijpen dat operaties aan de oppervlakkige venen en scleroserende injecties vaak teleurstellende resultaten geven. Rationeler is het comprimerend verband, teneinde de tegenstroom tegen te gaan, en vooral het excideren van de venae perforantes. De therapie door sprekers toegepast bestaat dan ook uit een inleidende conservatieve therapie met peroxydezalf op en ichtholypasta naast het ulcus, en een afsluitend, comprimerend verband. Zodra ulcus en induraties zo veel mogelijk zijn genezen volgt flebografisch onderzoek en operatie. De operatie bestaat dan uit exairese van de venae saphenae magnae (eventueel ook parvae) en excisie van de mediale en laterale venae perforantes. Daarna weer geruime tijd een drukverband en anticoagulantia. De comprimerende verbanden dienen geruime tijd te worden voortgezet om oedeemvorming, zolang zich nog niet voldoende collateralen hebben ontwikkeld, tegen te gaan.

De commissie voor de artsencursus Rotterdam heeft ongetwijfeld kunnen constateren, dat men haar initiatief tot organisatie van deze studiedag bijzonder op prijs heeft gesteld. De vele aanwezigen zullen zich ongetwijfeld hebben voorgenoemen, indien men er in slaagt het volgend jaar weer een voor ons huisartsen belangrijk onderwerp op deze wijze te doen behandelen, opnieuw aan deze studiedag deel te nemen.

C. van Noort

RICHTLIJNEN VOOR AUTEURS

Bijdragen worden bij voorkeur tegemoet gezien in machineschrift, in duplo, met toepassing van een brede kantlijn en op ten minste anderhalve regel afstand getypt. Men besluite het artikel met een korte samenvatting.