

Enkele mededelingen betreffende osteosynthese-materiaal in situ

DOOR E. SIETSMA, HUISARTS TE IJLST

Ziektegeschiedenis. Een in 1890 geboren vrouw ging de laatste jaren klagen over toenemende pijn bij het lopen. De pijn was gelokaliseerd in de streek rond het rechter heupgewricht. Omdat zij zo stijf werd, ging zij steeds krommer lopen. Verder vertelde patiënte dat zij in 1940 haar rechterheup had gebroken. Er was toen een operatie verricht. Er zou nog een pen in de heup zitten.

Bij onderzoek werden de symptomen gevonden die gewoonlijk wijzen op arthrosis deformans: crepiteren, bewegingsbeperking en excessieve pijn bij maximale excursies. De diagnose, ernstige arthrosis deformans na geopereerde columfractuur in 1940, lag voor de hand. Er werd niet direct in overweging genomen dat de vroeger ingebrachte pen de oorzakelijke factor zou kunnen zijn.

De uiteindelijk geconsulteerde orthopedische chirurg (dr. H. K. L. Nielsen te Sneek), constateerde behalve de reeds genoemde symptomen, röntgenologisch een diep liggende pen die uitstak in het acetabulum, waarschijnlijk ten gevolge van aanzienlijke botresorptie rondom de pen. Ook is het mogelijk dat de pen destijds te diep was ingebracht. De symptomatologie van een te diep liggende pen komt vrijwel overeen met die van arthrosis deformans.

Onder lokale anesthesie werd een zeer roestige stalen pen verwijderd. In het zweefrekverband nam de beweeglijkheid sterk toe. Zo snel mogelijk werd begonnen met onbelast oefenen. Na zestien dagen keerde patiënte naar huis terug, voorzien van twee elleboogkrukken. Sinds het ontslag nu twee jaar geleden kan zij nog steeds haar huishouding doen, zij het met enige burenhulp.

Conclusie. Met behulp van bovenvermelde casus wordt geïllustreerd, dat de huisarts op de hoogte moet zijn van de pathologie welke osteosynthese-materiaal in situ kan veroorzaken. De waarschijnlijkheid, dat osteosynthese in de toekomst steeds meer zal worden toegepast, beklemtoont deze noodzakelijkheid (*Lemmens en Van der Slikke*).

Taak van de huisarts. De huisarts zal bedacht moeten zijn op de belangrijkste pathologische situaties die zich kunnen voordoen, zoals:

Secundaire artrose na operatieve behandeling van intra-articulaire fracturen. Hieronder kan men ook de te diep liggende pen rekenen.

Klachten die ontstaan ten gevolge van het optreden van botresorptie rondom het ingebrachte materiaal; dit berust op corrosie, ook wel metallose geheten (*Contzen*). Deze corrosie kan in sommige gevallen leiden tot algemeen ziek zijn; dit wordt dan corrosieziekte genoemd (*Mulders en Den Otter*).

Symptomen die ontstaan door bursavorming rondom schroef- of penuiteinde.

Het optreden van een fractuur, ontstaan ten gevolge van schroefkanalen, gemaakt tijdens de operatie. Groeistoornissen bij kinderen, indien osteosynthese-materiaal zich in meta- of epifysaïr gebied bevindt.

Samenvatting. Naar aanleiding van de hier volgende ziektegeschiedenis wordt getracht een omschrijving te geven van de pathologie die kan optreden na de osteosynthese waarbij het toegepaste materiaal nog in situ is. Tevens is een poging gedaan enkele regels op te stellen, die min of meer als leidraad kunnen dienen voor het verwijderen van osteosynthese-materiaal.

In enkele gevallen heeft men de aanwezigheid van osteosynthese-materiaal als oorzaak van het ontstaan van nikkelovergevoeligheid aangenomen, (*Contzen*).

Indicaties voor het verwijderen van osteosynthese-materiaal. Deze indicaties zullen over het algemeen wisselen. De leeftijd van de patiënt is een belangrijke factor. Bij kinderen zal men bij voorkeur het ingebrachte materiaal willen verwijderen, terwijl bij bejaarden juist zoveel mogelijk op geleide van klachten zal worden gehandeld.

De handelwijze van de verschillende chirurgen is ook niet gelijk. Er zijn operateurs die de stevigheid van roestvrij staal prefereren boven die van vitallium; de grotere kans op het ontstaan van corrosie bij gebruik van roestvrij staal wordt dan van minder belang geacht.

Enkele regels mogen in het kader van dit artikel worden genoemd, hoewel deze zeker niet als wetten kunnen gelden, namelijk centrale fixatiepennen, zoals een Küntscherpen, Rushpen, collumpen en dergelijke, blijven meestal in situ aanwezig, tenzij hiervan last wordt ondervonden; platen en schroeven worden doorgaans verwijderd. Ook kan worden gesteld dat materiaal dat vóór 1950 is ingebracht, waarschijnlijk van staal of van roestvrij staal zal zijn. Dit betekent dat dus vaak corrosie zal ontstaan (*Scales en medewerkers*). Daarom moet bij klachten de aanwezigheid van dit materiaal zeker als oorzakelijke factor in overweging worden genomen.

Bij patiënten die in Zwitserland zijn behandeld volgens de A.O. methode („Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen”) zal het gebruikte materiaal na enige jaren zeker moeten worden verwijderd (*Lemmens en van der Slikke*).

Suggesties. De behandelende chirurg zou aan de huisarts dienen kenbaar te maken, waarom hij het ingebrachte materiaal niet heeft verwijderd. Wan-

neer dit alsnog de bedoeling is, moet een zo exact mogelijke termijnbepaling wenselijk worden geacht.

Is verwijdering niet noodzakelijk, dan verdient het aanbeveling zowel de huisarts als de patiënt duidelijke instructies te geven. De huisarts zal voor voldoende registratie van de aan hem verstrekte gegevens moeten zorg dragen.

De schrijver is veel dank verschuldigd aan dr. H. K. L. Nielsen, orthopedisch chirurg te Sneek en aan dr. W. van

der Slikke, hoofd afdeling traumatologie van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam, voor het geven van belangrijke adviezen.

Contzen, H. Grundlagen der Alloplastik, Metallen und Kunststoffen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1967.

Lemmens, H. A. J. en W. van der Slikke (1969) huisarts en wetenschap 12, 289.

Mulders, E. M. J. en G. den Otter (1963) Ned. T. Geneesk. 107, 2364.

Scales, J. T., S. D. Winter en H. T. Shirley (1959) J. Bone Jt Surg. 41B, 810.

NOTITIE UIT DE PRAKTIJK VAN EEN HUISARTS

*Weekenddienst**

DOOR A. HOFMANS, HUISARTS TE ROTTERDAM

Inleiding. Het is opvallend hoe weinig bijdragen van huisartsen in dit tijdschrift in de afgelopen jaren zijn verschenen, waarin kwalitatief descriptief iets van het huisartsenwerk wordt weergegeven. Men kan er vanuit gaan dat in dergelijke bijdragen iedere huisarts eigen problematiek zal ontmoeten en dat het daarom misschien nauwelijks lezenswaard zal zijn. Anderzijds kan men veronderstellen dat een kritische registratie van het werk in de huisartspraktijk er toe kan bijdragen dat men zich er (juist verder) in gaat verdiepen en men eigen werkwijze toetst aan die van een ander.

Door deze bijdrage de vorm van een „Notitie uit de praktijk van een huisarts” te geven is voldoende tot uitdrukking gebracht dat is gestreefd naar beknoptheid; men beschouwe haar als een vingeroefening.

Praktijksituatie. Grote stad; de waarnemingsgroep bestaat uit 36 huisartsen; de gemiddelde praktijkgrootte wordt op ongeveer drieduizend zielen geschat. Elke „dienst” bestrijkt 24 uren (van 0 tot 24 uur) van een zaterdag, zondag of anderszins feestdag en wordt door vier huisartsen — ieder in een eigen waarnemingsrayon — waargenomen. Via de gebruikelijke wegen en bovendien via een centrale dokterstelefoon kan de patiënt informatie inwinnen wie van de huisartsen dienst doet en bij wie hij zich kan vervoegen. Aangenomen mag worden dat patiënten met buitenshuis opgelopen ongevallen voor het grootste deel direct naar een der drie grote ziekenhuizen in dit stadsdeel gaan, hetzij via de G.G. en G.D. of op eigen initiatief. Daarnaast blijkt in de praktijk dat ook een groot aantal patiënten met kleine verwondingen direct naar deze ziekenhuizen gaat voor

eerste hulp. Voor obstetrische hulp geldt de waarnemingsregeling niet.

Weekenddienst. Beschreven wordt — chronologisch — hetgeen zich presenteert op zondag 9 augustus 1970. Opgemerkt dient te worden dat deze zondag de laatste dag is van de „bouwvak”-vakantie. Er heersen geen influenza-achtige ziektebeelden en er is geen mazelen. Wanneer slechts „sprekkamer” wordt vermeld, is de patiënt of iemand die namens hem komt, zonder nader overleg naar de praktijk gekomen. Behalve wanneer dit expliciet is vermeld, zijn de patiënten steeds in waarneming gezien.

I. 0.30 uur: Sprekkamer. Een 47-jarige man vraagt hulp voor een pijnlijk linker oog en slikklachten. De klachten bestaan omstreeks 24 uren. Een duidelijk antwoord op de vraag waarom pas op dit uur hulp wordt ingeroepen, wordt niet verkregen; wel speelt een rol dat men die dag per auto met vakantie hoopt te gaan. Er bestaat een conjunctivitis bulbi van het linker oog; overigens maakt de man geen zieke indruk: de temperatuur is 36,7° C, terwijl in de pharynx geen bijzonderheden worden opgemerkt. Na applicatie van 1% gele precipitaat oogzalf wordt het oog afgedekt. Het autorijden wordt hem hiermede ontraden. Een recept voor sulfacetamide 10% oogdruppels wordt hem meegegeven met het verzoek dit pas om tien uur weg te brengen.*

II. 0.40 uur: Sprekkamer. Na telefonisch overleg komen met eigen vervoer de ouders en een tweejarig jongetje, dat sedert 4 augustus ziek is met verschijnselen van diarree, wel achtmaal in de afgelopen 24 uren. Om 21.30 uur de vorige dag

* Wanneer het niet noodzakelijk is een recept direct te laten klaarmaken, wordt de patiënt geïnstrueerd wanneer het recept dient te worden weggebracht. Hiermee kan men de apotheker ontlasten.

* Inleiding, gehouden in een N.H.G.-studiegroep te Rotterdam, september 1970.