

University of Groningen

Onderbeenamputatie wegens kritieke ischemie

Baars, E.C.T.; EDmmelot, C.H.; Geertzen, Jan H.B.; Rommers, Gerardus

Published in:
 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2007

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Baars, E. C. T., EDmmelot, C. H., Geertzen, J. H. B., & Rommers, G. M. (2007). Onderbeenamputatie wegens kritieke ischemie: morbiditeit, sterfte en mogelijkheden tot revalidatie (letter). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 151, 2751-.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

- 2 Walter T, Lebouche B, Mialhes P, Cotte L, Roure C, Schlienger I, et al. Symptomatic relapse of neurologic syphilis after benzathine penicillin G therapy for primary or secondary syphilis in HIV-infected patients. *Clin Infect Dis.* 2006;43:787-90.

Driebergen, oktober 2007

D.A.A.Verkuyl

Onze lijst van symptomen was bedoeld als illustratie van de meest voorkomende symptomen bij congenitale syfilis. Bij dit ziektebeeld worden de huidafwijkingen gekenmerkt door een maculopapulair exantheem, dat met name op handen en voeten te vinden is.¹ Echter, dat condylomata lata wel voor kunnen komen bij vroege congenitale syfilis is bekend.²

De zwangere vrouw met zowel hiv als een syfilisinfectie hebben wij inderdaad niet besproken in de klinische les. Daarvoor hebben wij bewust gekozen en de betreffende casussen gaven daar ook geen directe aanleiding toe. Op dit moment bestaat er onvoldoende evidence om te bepalen of kinderen met congenitale syfilis van wie de moeders ook besmet zijn met hiv een andere diagnose, behandeling en follow-up nodig hebben dan wordt geadviseerd voor alle andere kinderen.³ Zoals aangegeven door collega Verkuyl is een adequate follow-up bij deze populatie niet altijd zeker. Maatregelen die hierop anticiperen (zoals de eenmalige gift benzylpenicilline in het behandelingschema) zijn van groot belang, evenals het routinematig herhalen van het serologisch onderzoek bij risicozwangeren later in de zwangerschap.

Literatuur

- 1 Feigin RD, Cherry JD, Demmler GJ, Kaplan S. *Textbook of pediatric infectious diseases.* 5th ed. Philadelphia: Saunders; 2003.
- 2 Lugo A, Sanchez S, Sanchez JL. Congenital syphilis. *Pediatr Dermatol.* 2006;23:121-3.
- 3 Sexually transmitted diseases. Treatment guidelines. Department of Health and Human Services. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2006.

Heerlen, oktober 2007

E.J.H.Schatorjé
M.Bruijn
M.E.op de Coul
J.O.O.Busari

Onderbeenamputatie wegens kritieke ischemie: morbiditeit, sterfte en mogelijkheden tot revalidatie

Sprengers et al. (2007:2185-91) geven terecht aan in hun klinische les dat indien een amputatie onvermijdelijk is, het niveau ervan niet alleen bepaald dient te worden door de vasculaire situatie van het been, maar dat ook meerdere patiëntgebonden factoren een rol dienen te spelen. Zij noemen onder andere leeftijd en comorbiditeit. Het uiteindelijke doel dient te zijn om deze patiënten zo veel mogelijk in staat te stellen met een prothese te lopen.

Opvallend is dat in deze context de auteurs niets melden over het preoperatief consult van de revalidatiearts. Deze kan vanuit een functioneel oogpunt advies geven over het amputatieniveau. Vanuit dit perspectief dient dan ook, naast de transfemorale en transtibiale amputatie, voor de volledigheid, de amputatie op knieniveau (knie-exarticulatie) vermeld te worden, waarvan er circa 220 per jaar worden uitgevoerd.^{1, 2} Als indicatiegebied wordt juist een slecht genezende transtibiale amputatie bij een oudere patiënt aangegeven.² De knie-exarticulatie geeft een lange en vormvaste stomp, resulterend in een lange momentarm, met voor het grootste deel intacte musculatuur en eindstandige belastbaarheid. Deze factoren werken gunstig bij het passen van de prothese en het vervolgens mobiliseren van de patiënt.³⁻⁵

Daarnaast vermelden de auteurs dat de leeftijd een bepalende invloed zou hebben op de revalideerbaarheid van de patiënt zonder onderscheid te maken in de revalidatiebehandeling in het ziekenhuis of het revalidatiecentrum en de reactivering binnen het verpleeghuis. In principe dient iedere patiënt die een amputatie heeft ondergaan een vorm van revalidatie aangeboden te krijgen met als voornaamste doel het bereiken van zelfredzaamheid met snelle prothetisering en mobilisatie. In de praktijk hanteert men geen duidelijke leeftijdsgrens voor de revalidatiebehandeling in het revalidatiecentrum, maar hecht men meer waarde aan de doelen die de patiënt stelt op het gebied van activiteiten, de actuele fysieke belastbaarheid en de situatie rond de ontslagbepaling. Zelfs bij zeer beperkte doelen kan

revalidatiebehandeling aangewezen zijn voor het oefenen van bijvoorbeeld de 'transfers' (een transfer is het zich verplaatsen van en naar bed, stoel en toilet). Indien de patiënt dergelijke transfers zelfstandig kan maken, is de afhankelijkheid van extra zorg duidelijk minder. Dit kan het verschil betekenen tussen ontslag naar huis of naar een verpleeghuis.²

Literatuur

- 1 Johannesson A, Larsson GU, Öberg T. From major amputation to prosthetic outcome: a prospective study of 190 patients in a defined population. *Prosthet Orthot Int.* 2004;28:9-21.
- 2 Rommers GM. The elderly amputee: rehabilitation and functional outcome [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2000.
- 3 Geertzen JHB, Rietman JS. Amputatie en prothesiologie van de onderste extremiteit. Utrecht: Lemma; 2002.
- 4 Pinzur MS, Bowker JH. Knee disarticulation. *Clin Orthop Relat Res.* 1999;361:23-8.
- 5 Hagberg E, Berlin OK, Renström P. Function after through-knee compared with below-knee and above-knee amputation. *Prosthet Orthot Int.* 1992;16:168-73.

Zwolle, oktober 2007

E.C.T.Baars
C.H.Emmelot
J.H.B.Geertzen
G.M.Rommers

Wij danken collega Baars et al. voor hun waardevolle reactie op onze klinische les. Wij onderschrijven het belang van multidisciplinair overleg, waarbij een preoperatief consult door de revalidatiearts zeker een plaats heeft, alvorens tot amputatie wordt besloten. Het doel van de klinische les was, om aan de hand van enkele ziektegeschiedenissen en (inter)nationale studies de lezer te informeren over determinanten die op zichzelf samenhangen met morbiditeit, sterfte en mogelijkheden tot revalidatie bij patiënten die een amputatie ondergaan vanwege kritieke ischemie. Onze tabel 3 gaf daarvan de resultaten weer. Bij de beslissing over het amputatieniveau dient de, niet met name door ons genoemde, amputatie op knieniveau (knie-exarticulatie) te worden overwogen. Hierbij blijft gelden dat een proximale amputatieniveau een beter wondgenezingsresultaat heeft, een belangrijke primaire uitkomstmaat in bepaalde geval-

len. Vóór amputatie dienen de doelen van revalidatie adequaat benoemd te worden, zodat men bij bepaling van het amputatieniveau hiermee rekening kan houden. Deze doelen dient men op de individuele patiënt

af te stemmen en aan te passen aan verwachte postoperatieve zelfredzaamheid, prothetisering en mobilisatie. Het spreekt vanzelf dat het door Baars et al. genoemde complex van factoren bij deze overweging

meer bepalend is dan louter de kalenderleeftijd.

's-Hertogenbosch, oktober 2007

D.J.Lips
F.L.Moll

BOEKAANKONDIGINGEN

L.A.Gordon, *Cut to the chase*. 100 matrix pearls for doctors. 294 bl.
tfm Publishing, Harley 2006.
ISBN 978-19-03-37849-6.
Adviesprijs: ingen. € 44,50.



De auteur van dit boek is in zijn functie van chirurg al 26 jaar bekend met de wettelijke bijeenkomsten waarin gemaakte fouten en opgetreden complicaties ter discussie staan. Hoewel het doel van deze bijeenkomsten in eerste instantie bevordering van de patiëntveiligheid is, komen er ook vele 'tips en trucs' voor algemeen gebruik uit de discussies naar voren. Hierop zijn de 'matrix lessons' gebaseerd die in dit boek centraal staan. Hiervan zijn er 100 geselecteerd voor praktijkgebruik, om jonge aankomende artsen te behoeden voor wat al bekend is.

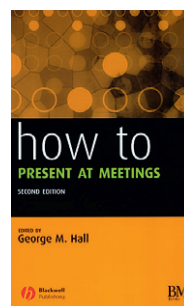
De meeste tips zijn bedoeld voor chirurgen (les 64: 'Never say: "we were dry when we closed"'), maar een aantal is volgens de auteur voor alle specialisten relevant (les 53: 'The senior author had nothing to do with the article to which his name is affixed'). De 100 lessen worden behandeld in evenzovele korte hoofdstukjes van ongeveer 2-3 bladzijden. De titels van de lessen geven niet zozeer de inhoud weer, maar zijn eerder grapjes voor ingewijden. Hoewel de wat luchtige toon van dit boek de leesbaarheid vergroot, stoort het populaire taalgebruik na een stuk of wat lessen. Ook blijft het

'leermoment' af en toe achterwege, zoals in les 31: 'All laparoscopic cables and tubing become intertwined, despite any attempt of logical arrangement', en les 58: 'Use as much surgical Yiddish as possible'. Hierin lijkt het doel eerder een lach te ontlokken dan echte tips te geven.

Het boek lijkt met name leuk voor degenen die vertrouwd zijn met de houding en humor binnen de chirurgie. Het feest van herkenning gaat echter niet op voor degenen die buiten dit vakgebied werkzaam zijn. De titel '100 matrix pearls for surgeons' zou juist zijn, waarbij het gebruik van het woord 'pearl' mijns inziens subjectief is.

A.J.E.Visscher

How to present at meetings. 2e druk.
Onder redactie van G.M.Hall.
75 bl., fig., tabellen.
Blackwell Publishing, Boston 2007.
ISBN 978-1-4051-3985-4. Adviesprijs: ingen. € 26,08.



Aan het begin van zijn politieke loopbaan is Cicero een slecht spreker. In het boek *Imperium* van Robert Harris zegt Cicero's slaaf hierover: 'Ik denk dat het probleem was dat zijn hoofd zo vol zat met woorden dat deze op stressvolle momenten zijn keel verstopten'. Cicero gaat naar de retorische school van Molon op Rhodos en krijgt het volgende

te horen: 'Denk aan Demosthenes. Slechts 3 dingen tellen in welsprekendheid: presentatie, presentatie en nog eens presentatie'.

Sinds Molon is er een stijgende lijn in het houden van wetenschappelijke voordrachten waar te nemen. Met name in de laatste 15 jaar wordt steeds meer aandacht aan dit onderwerp besteed. De meeste collega's kennen de basisprincipes en het is vaak meer een kwestie van (gebrek aan) tijd dan van onkunde als een presentatie mislukt.

How to present at meetings houdt de stijgende lijn niet vast. Het is geschreven door een aantal welwillende Engelse collega's die niet veel verder komen dan 'bereid je tijdig voor' of 'niet te veel op je dia's'. Maar liefst 11 auteurs vertellen in hun korte bijdragen veelal hetzelfde, maar dan net in andere bewoordingen. Het levert een verwarrende indruk op over wat presenteren in het openbaar nu eigenlijk is.

Het wachten is op een boek met een aanpak die verder durft te gaan dan Demosthenes' 'presentatie'. Het zou in moeten gaan op vragen als: hoe beperk je de hoeveelheid informatie zonder dat je geweld aandoet aan de wetenschappelijke inhoud? Op welk kennisniveau van je toehoorders steek je in? Hoe wordt de discussie na afloop een echte wetenschappelijke uitwisseling en geen formaliteit? Tot dat moment kunnen wij ons staande houden met de welbekende basisprincipes.

O.van Nieuwenhuizen

Drugs during pregnancy and lactation. Treatment options and risk assessment. 2e druk. Onder redactie van C.Schaefer, P.Peters en R.K.Miller.
875 bl., fig., tabellen.
Academic Press, Londen 2007.
ISBN 978-0-444-52072-2.
Adviesprijs: geb. £ 28,99.