

- ⁹ Thiel THPH van, Tan AM, Breek JC, Daantje CRE. Het syndroom van Wilkie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1987;131:1697-9.
- ¹⁰ Ylinen P, Kinnunen J, Hockerstedt K. Superior mesenteric artery syndrome. A follow-up study of 16 operated patients. *J Clin Gastroenterol* 1989;11:386-91.
- ¹¹ Hines JR, Gore RM, Ballantyne GH. Superior mesenteric artery syndrome. Diagnostic criteria and therapeutic approaches. *Am J Surg* 1984;148:630-2.
- ¹² Fromm S, Cash JM. Superior mesenteric artery syndrome: an approach to the diagnosis and management of upper gastrointestinal obstruction of unclear etiology. *S D J Med* 1990;43:5-10.
- ¹³ Akin jr JT, Gray SW, Skandalakis JE. Vascular compression of the duodenum: presentation of ten cases and review of the literature. *Surgery* 1976;79:515-22.
- ¹⁴ Cannon RA, Cox KL. Recurrent vomiting in a spastic quadriplegic. *Hosp Pract (Hosp Ed)* 1981;16:41-2.
- ¹⁵ Cogbill TH, Bintz M, Johnson JA, Strutt PJ. Acute gastric dilatation after trauma. *J Trauma* 1987;27:1113-7.
- ¹⁶ Del Beccaro MA, McLaughlin JF, Polage DL. Severe gastric distension in seven patients with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1991;33:912-6.
- ¹⁷ Guthrie jr RH. Wilkie's syndrome. *Ann Surg* 1971;173:290-3.
- ¹⁸ Gustafsson L, Falk A, Lukes PJ, Gamklou R. Diagnosis and treatment of superior mesenteric artery syndrome. *Br J Surg* 1984;71:499-501.
- ¹⁹ Lundell L, Thulin A. Wilkie's syndrome - a rarity? *Br J Surg* 1980;67:604-6.
- ²⁰ Walker C, Kahanovitz N. Recurrent superior mesenteric artery syndrome complicating staged reconstructive spinal surgery: alternative methods of conservative treatment. *J Pediatr Orthop* 1983;3:77-80.
- ²¹ Munns SW, Morrissy RT, Golladay ES, McKenzie CN. Hyperalimentation for superior mesenteric-artery (cast) syndrome following correction of spinal deformity. *J Bone Joint Surg Am* 1984;66:1175-7.
- ²² Erpecum KJ van, Berge Henegouwen GP van, Koningsberger JC, Mulder CJJ. Percutane endoscopische gastrostomie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993;137:1340-3.
- ²³ Abdu RA, Garritano D, Culver O. Acute gastric necrosis in anorexia nervosa and bulimia. Two case reports. *Arch Surg* 1987;122:830-2.
- ²⁴ Horowitz M, Dent J. Disordered gastric emptying: mechanical basis, assessment and treatment. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1991;5:371-407.

Aanvaard op 28 december 1995

Vraag en antwoord

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Ingezonden

Heeft afplatting van de schedel blijvende gevolgen voor de ontwikkeling van de hersenen?

In de rubriek Vraag en antwoord wordt gediscussieerd over de vraag of afplatting van de schedel ofwel plagiocefalie blijvende gevolgen heeft voor de ontwikkeling van de hersenen (1996;381, 1090 en 1416). Aan deze discussie willen wij het volgende toevoegen. De term 'plagiocefalie' (Grieks: plagios = 'scheef' en kefalè = 'schedel') zegt uitsluitend iets over de schedelvorm, doch niets over de etiologie en pathogenese. In de literatuur wordt plagiocefalie echter overwegend gekoppeld aan synostosis van de corona- of de lambdanaad.¹ Derhalve dient men onderscheid te maken tussen synostotische en non-synostotische plagiocefalie.

Sinds 1993 worden in het Centrum voor Craniofaciale Chirurgie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam in toenemende mate patiënten gezien met non-synostotische plagiocefalie (in totaal 76 patiënten). Hun schedelvorm komt vluchtig gezien overeen met die van de patiënten met uni- of bilaterale synostosis van de corona- of de lambdanaaden, doch er zijn wezenlijke groeiverschillen. Om deze verschillen te kunnen analyseren hebben wij onder meer botsintigrafieopnamen gemaakt van 12 van de 76 patiënten. Deze opnamen laten alle een normale bilaterale symmetrische verdeling van botactiviteit zien ter plaatse van respectievelijk de corona- en de lambdanaaden.

Betreffende de etiologie van de non-synostotische plagiocefalie bestaan er meerdere theorieën in de literatuur,² waarvan die over 'positional deformity' op basis van rugligging het meest wordt aangehangen (1996;381).³ Geen van deze theorieën is tot nu toe wetenschappelijk bewezen.

Concluderend kan gesteld worden dat bij patiënten met non-synostotische plagiocefalie de groei van de schedelbeenderen niet beperkt is. Bovendien is er nooit van intracraniale drukver-

hoging gerept. Klinisch gezien bestaat er dus geen operatie-indicatie tot correctie van de schedelvorm. Er is alleen sprake van een afwijkende schedelvorm welke conservatief kan worden gecorrigeerd, afhankelijk van het tijdstip waarop de patiënt door de arts wordt gezien, met behulp van hanteringsadviezen, fysiotherapie (1996;381) of een helmbehandeling (1996;1416).^{2,3} In Rotterdam wordt tevens onderzoek verricht betreffende de etiologie en de pathogenese van de non-synostotische plagiocefalie.

LITERATUUR

- ¹ Cohen jr MM. History, terminology and classification of craniosynostosis. In: Cohen jr MM, editor. *Craniosynostosis: diagnosis, evaluation, and management*. New York: Raven Press, 1986:1-20.
- ² Ripley CE, Pomatto J, Beals SP, Joganic EF, Manwaring KH, Moss SD. Treatment of positional plagiocephaly with dynamic orthotic cranioplasty. *J Craniofac Surg* 1994;5:150-60.
- ³ Argenta LC, David LR, Wilson JA, Bell WO. An increase in infant cranial deformity with supine sleeping position. *J Craniofac Surg* 1996;7:5-II.

J.M.VAANDRAGER
A.G.M.G.J.MULDERS
CHR.VERMEIJ-KEERS

Rotterdam, augustus 1996

De ingezonden brief van de collegae Vaandrager et al. is zeer welkom, omdat deze de handelwijze illustreert die in het grootste centrum voor craniofaciale chirurgie van Nederland wordt gehanteerd bij kinderen met een enkelzijdige afplatting van de achterzijde van de schedel, niet veroorzaakt door een synostosis van de sutura lambdoidea.

Geconstateerd kan worden dat het in Rotterdam gevoerde beleid, alsook de mening die men heeft over de pathogenese van de betreffende afwijking, geheel overeenstemt met hetgeen daarover in het antwoord op de oorspronkelijke vraag is geschreven.