

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### SPECIA-STUDIEBEURZEN

De Société Parisienne d'Expansion Chimique (de farmaceutische afdeling van het Rhône-Poulenc concern) stelt voor 1968 wederom voor vier Nederlandse artsen of semi-artsen een studiebeurs ter beschikking, waarmee men drie maanden in Frankrijk kan leven en werken. Elke beurs omvat een bedrag van NF 1000 per maand, alsmede de reiskosten naar en van de plaats van bestemming.

Aan de beurshouder worden geen verplichtingen opgelegd, en er wordt hem desgewenst medewerking verleend bij het zoeken van onderdak en werkgelegenheid.

Een jury zal in het voorjaar van 1968 beoordelen, wie van de zich aanmeldende kandidaten voor toekenning van een beurs in aanmerking komt.

De aanmeldingstermijn sluit op 15 maart 1968. De sollicitatiebrief moet in het Nederlands gesteld zijn en vergezeld gaan van een curriculum vitae, twee pasfoto's, alsmede een of meer aanbevelingen van Nederlandse hoogleraren of hoofden van klinische afdelingen. Bij de sollicitatie dient men tevens op te geven de aard van de studie waarmee men zich wil bezighouden, en de contacten die eventueel reeds zijn gelegd met Franse geleerden of instellingen, waar de sollicitant wil gaan werken. De sollicitatie richtte men aan de Wetenschappelijke Afdeling van Specia, Hofwijckplein 47, 's-Gravenhage.

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### HET BEGRIP „PERIOD PREVALENCE” IN DE REUMATOLOGIE

In zijn *Caput selectum* over *Viscerale lupus erythematodes* bij mens en dier (I), wijdt HIJMANS (1967) op bl. 1661 enkele passages aan epidemiologische methoden bij het speurwerk in de reumatologie. Hij gebruikt daarbij de begrippen „point prevalence study” en „period prevalence study”, en even later de begrippen dwarsdoorsnede en lengtedoorsnede.

Ik begrijp, dat hij met een „point prevalence study” een „dwarsdoorsnede” door een populatie beoogt, en met een „period prevalence study” een „lengtedoorsnede”. Dit laatste lijkt mij onjuist. Allereerst: gaat collega HIJMANS ermee akkoord, dat het woord „lengtedoorsnede” wordt vervangen door „longitudinaal onderzoek”? De essentie van het woord „longitudinaal” is immers, dat men bepaalde individuen (of groepen van individuen) bij een eerste contact heeft „gemerkt” (als gold het een ornithologisch ringonderzoek) en hun persoonlijke lotgevallen blijft volgen. Bij het begrip „lengtedoorsnede” wordt m.i. geen recht gedaan aan de persoonlijke herkenbaarheid tijdens de „follow up”.

Mijn voornaamste bezwaar betreft echter de gedachte die ik in HIJMANS' beschouwing bespeur, als zou het longitudinale onderzoek de titel verdienen van „period prevalence study”. Een „period prevalence study” is beslist wat anders: het is een frequentietelling, hetzij van zieken, hetzij van ziekten in een populatie gedurende een periode. Het is methodologisch eigenlijk een vreemd begrip, maar het heeft bv. bij het maken van verzuimstatistieken zijn praktische bruikbaarheid bewezen (aantal verzuimgevallen per week, per maand, per jaar voor onderscheiden diagnoses). Om een beeld te gebruiken: bij het snijden van een brood leest men

de „point prevalence” af aan een sneevlak, maar de „period prevalence” ligt als het ware opgesloten in een boterham. In wezen blijft elke bestudering van „prevalence” evenwel een vorm van transversaal of „dwars” kijken.

Dit laatste dient overigens te worden onderscheiden van dwarskijkerij, waaraan ik mij niet schuldig hoop te maken. Ik had echter reeds bij lezing van een eerder in dit *Tijdschrift* verschenen didactisch artikel over reuma-epidemiologie (DE BLÉCOURT 1966) opgemerkt dat het begrip „period prevalence” een struikelblok vormt.

*Literatuur:* BLÉCOURT, J. J. DE (1966) *Ned. T. Geneesk.* **110**, 1849. — HIJMANS, W. (1967) *Ned. T. Geneesk.* **111**, 1660.

De Bilt, 4 oktober 1967

F. DE WAARD

Ik ben collega DE WAARD erkentelijk voor zijn opmerkingen. Het wordt hieruit duidelijk dat het noodzakelijk is, de gebruikte epidemiologische termen steeds te definiëren, zolang er nog geen overeenstemming bestaat. In mijn bijdrage heb ik definities gevolgd waarvan ik meen dat ze – althans in de reumatologie – gangbaar zijn. Ter meerdere zekerheid overlegde ik nog eens met collega VALKENBURG als hoofd van de afdeling Epidemiologie van het Instituut voor Reuma-Onderzoek. Zijn uitvoerig commentaar volgt hieronder; het zal ongetwijfeld verhelderend werken.

Leiden, 26 oktober 1967

W. HIJMANS

Het probleem, door DE WAARD aangesneden, betreft in wezen een nadere precisering van gebruikte epidemiologische begrippen. Als algemeen advies zou derhalve kunnen dienen dat iedere onderzoeker de door hem gebezigde begrippen in een voetnoot of anderszins omschrijft. Ook in de Engelsprekende landen, waar een deel van deze begrippen vandaan komt, heerst nog steeds verwarring.

Strikt taalkundig staat dwarsdoorsnede tegenover lengtedoorsnede of langdoorsnede. Longitudinaal is slechts een ander, „vreemd” woord en betekent in essentie niet „dat men bepaalde individuen bij een eerste contact heeft” „gemerkt” en hun persoonlijke lotgevallen blijft volgen”. In beide Nederlandse begrippen is het woord „prevalence” weggevallen, en, om de analogie van DE WAARD te vervolgen, betekent dwarsdoorsnede-onderzoek dus niet meer dan dat wij boterhammen van een brood snijden en kijken of het wit- of bruinbrood is. Juister zou zijn, te spreken van een dwarsdoorsnede-onderzoek op de frequentie van een ziekte of (lelijker) een dwarsdoorsnede-frequentieonderzoek en langdoorsnede-frequentie-onderzoek.

Wat wij in het Nederlands geheel ontberen is het verschil tussen „incidence” en „prevalence”. Incidence (hoewel door verschillende onderzoekers verschillend gebezigd) betekent dan het aantal nieuwe gevallen van een ziekte binnen het tijdsbestek van het onderzoek, terwijl prevalence betekent: het totaal aantal ziekten dat op een bepaald moment in een populatie aanwezig is of is geweest. Bij een onderzoek naar het voorkomen van acuut reuma is dus de „incidence” het aantal nieuwe gevallen dat bijvoorbeeld in 1966 werd geconstateerd, terwijl de „prevalence” het totaal aantal oude plus nieuwe gevallen betreft, die in 1966 in de populatie bekend waren. In het algemeen zal de getalwaarde voor de prevalence dus groter zijn dan die voor de incidence. Los van incidence en prevalence bestaat dan de mogelijkheid om de frequentie van een ziekte vast te stellen in een bepaalde (korte) periode (dwarsdoorsnede-onderzoek op de frequentie of „point-prevalence study”) of om in een langere periode van bv. jaren in dezelfde populatie (niet noodzakelijkerwijs dezelfde mensen) bij herhaling de frequentie vast te stellen (period prevalence study of langdoorsnede-onderzoek op de

frequentie). Meestal betekent een langsdoorsnede-onderzoek op de frequentie, dat dezelfde personen meer dan eenmaal worden gezien, hoewel strikt gesproken een langsdoorsnede-onderzoek ook kan worden verricht op aselechte steekproeven uit een vooraf gedefinieerde populatie, waarbij dan wordt aangenomen dat iedere steekproef op zichzelf representatief is voor die populatie. Aangezien het in de praktijk onmogelijk is mensen continu te vervolgen, is ieder langsdoorsnede-onderzoek in wezen een verzameling dwarsdoorsnede-onderzoeken op de aanwezigheid van ziekten (c. q. verschijnselen, serumfactoren en dergelijke).

Het aantal verzuimgevallen per week, per maand of per jaar is noch point noch period prevalence, maar louter prevalence als het alle gevallen betreft en incidence wanneer het slechts de nieuwe gevallen betreft. In de Engels-Amerikaanse literatuur wordt dit dan genoemd „weekly, monthly or annual incidence or prevalence”.

Leiden, 26 oktober 1967

H. A. VALKENBURG

### TESTISTUMOREN

Ten opzichte van bepaalde strekkingen in het caput selectum over testistumoren van ZWAVELING (1967) zouden wij enkele bedenkingen willen opperen.

ZWAVELING gaat er terecht van uit, dat er nog geen enkele bevredigende indeling voor testistumoren is gevonden, dat daardoor vergelijkbaarheid van resultaten bij de verschillende auteurs vrijwel onmogelijk is. Uit de bestaande indelingen kiest hij die van PATTON c.s. (1963), die volgens zijn mening op het ogenblik voor klinisch gebruik het beste voldoet. Met behulp daarvan stelt hij een zijns inziens bruikbaar therapieschema op.

Volgens onze mening beantwoordt de gebruikte indeling niet meer aan nieuwere inzichten. De daarop gebaseerde gevolgtrekkingen beperken daardoor de therapeutische overwegingen onnodig en mogelijk zelfs ongewenst; ze dragen niet bij tot het vinden van een basis voor correcte, uniforme diagnostiek van de testistumoren. Het volgende moge als toelichting dienen:

De moeilijke classificeerbaarheid van testistumoren blijkt in belangrijke mate hierop te berusten dat de heterogene samenstelling van de seminoomgroep niet werd herkend. In deze groep blijken samengevat te zijn testistumoren die weliswaar in morfologisch opzicht bepaalde overeenkomsten tonen, maar die qua histogenese en biologisch gedrag belangrijk uiteenlopen. De poging om onderscheid te maken tussen klassiek en spermatocytair seminoom (o.a. SCULLY 1961) was al een uiting van het wantrouwen van diverse auteurs betreffende de homogeniteit der seminoomgroep.

Meer en meer blijkt thans een aanzienlijk deel der „seminomen” als cytotrofoblast-tumor te moeten worden beschouwd (o.a. BRESLER 1964). Hiervoor pleiten o.a.: de soms voorkomende hormonale activiteit; het frequent voorkomen van syncytiale tumorelementen (o.a. HALLEY 1963); de combinatie met meer gedifferentieerd choriaal tumorweefsel, eventueel in metastasen (o.a. GARBAY e.a. 1965); de leeftijdsverdeling; elektronen-microscopische waarnemingen (GONZALEZ-ANGULO c.s. 1966) en experimenteel-cancerologische gegevens (o.a. BRESLER 1964). Het door ZWAVELING als appendix aan zijn caput selectum toegevoegde moeilijke geval is een typisch voorbeeld van een niet als trofotumor herkend seminoom.

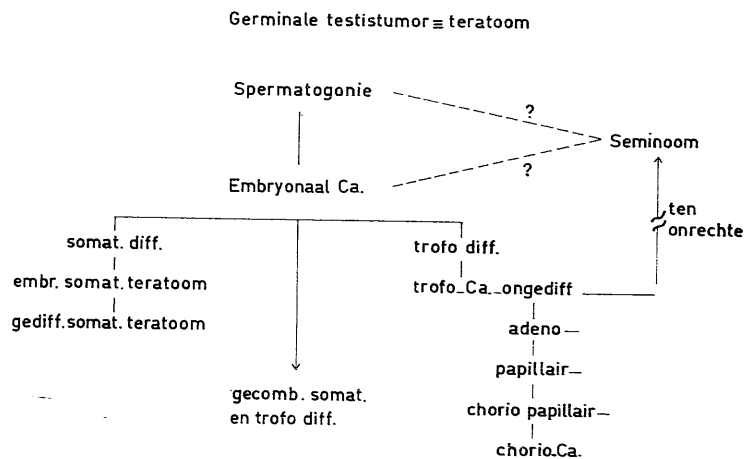
Morfologisch van seminomen moeilijk te onderscheiden en derhalve in diverse bewerkte patiëntenseries ten onrechte erbij betrokken, zijn ook bepaalde ongedifferentieerde embryonale carcinomen. Hetzelfde geldt voor bepaalde

maligne lymfomen. Tenslotte vragen wij ons af of niet ook bepaalde sertolicellen-tumoren bij de seminomen zijn ondergebracht.

Het is zelfs de vraag of er naast bovengenoemde samenstellende delen der „seminomen” nog reden van bestaan is voor een seminoomgroep volgens de oorspronkelijke definitie: monomorfe, van één van de ontwikkelingsstadia der zaadcel van primordiale geslachtscel tot spermatocyt afgeleide tumoren. In dit korte bestek willen wij deze vraag open houden.

Trofo-tumoren zowel als embryonale carcinomen als ook eventuele oorspronkelijke seminomen kunnen zeker krachtens hun histogenese als teratomen worden beschouwd. Ze ontstaan immers uit embryonaal onipotente moedercellen; bij de trofo-tumoren via secundaire differentiatie in het verloop van het tumorproces. ZWAVELING bezwaar dat ze moeilijk als teratomen kunnen worden beschouwd omdat ze slechts één kiemblad vertegenwoordigen, is niet steekhoudend.

Deze beschouwing is een pleidooi voor terugkeer tot een „monistische” indeling der germinale testistumoren, zoals deze reeds vroeger door o.a. WILMS, EWING en OBENDORFER is voorgesteld. Schematisch ziet de indeling er als volgt uit (de onderverdeling van het trofo-carcinoom is volgens FRIEDMAN en DI RIENZO 1963):



Het is niet de „eenvoudige, descriptieve indeling”, waarnaar ZWAVELING uitziert. Maar o.i. heeft de behandelende clinicus behoefte aan zo gedetailleerd mogelijke informatie. Hiermee zal hij in staat zijn, de uit de vroegere zienswijze te putten ervaringen kritisch aan de nieuwe gegevens te toetsen. Dit houdt o.a. in een minder defaitistische instelling ten opzichte van de trofotumoren. De ongedifferentieerde trofo-tumoren hebben immers evenals de „seminomen”, waarbij ze waren ondergebracht, een betrekkelijk gunstige prognose. Dat ook meer gedifferentieerde trofo-tumoren niet obliagaat infaust behoeven te zijn, bleek ons bij een oriënterende revisie van het desbetreffende materiaal uit de Groninger Universitaire Kankerregistratie. Van de geregistreerde 83 patiënten met tumoren met trofo-, ja zelfs chorio-carcinoomcomponenten, bleken er 18 een overlevingsduur van meer dan 5 jaar te hebben.

De diagnostische informatie moet ook zoveel mogelijk biologische gegevens inhouden. Want het is mogelijk, dat succesvolle kankertherapie tenslotte meer zal berusten op begrip en gebruik van biologische controlemechanismen dan op het perfectioneren van kankerdodende (radio- of chemotherapie) of chirurgische technieken (DYKE en MULKEY 1967).