

# INGEZONDEN

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

## De palliatieve behandeling van de dikke arm bij patiënten met mammacarcinoom

Met belangstelling las ik het artikel van collega F. SCHWARZ (1972) over de palliatieve behandeling van de dikke arm bij patiënten met mammacarcinoom. Toch was ik teleurgesteld over de door hem gepropageerde methode. Deze is niet nieuw en vormt daarbij nog een geregeld wederkerende belasting voor de patiënt en de wijkzuster.

Reeds vóór 1962 propageerde collega H. VAN DER MOLEN de gummislang-compressie van de dikke arm, gevolgd door een nabehandeling met een naar maat gemaakte elastische armkous. Diuretica zijn bij deze methode niet nodig, hoewel collega GRUFFAZ (1967, 1969), die deze methode in Frankrijk propageert, ze wel tijdens de behandeling geeft.

In mijn artikel (1969) over de elastische kousen heb ik ook op deze medische indicatie gewezen. Meende ik toen nog dat deze armkousen van een elastisch breisel vervaardigd dienden te worden, overeenkomend met de neodurelna-kwaliteit der elastische kousen, latere ervaringen hebben geleerd dat in de meeste gevallen een neodurelna-kwaliteit voldoende is.

Er is bij de door collega VAN DER MOLEN beschreven methode slechts een „maar” te stellen. De nogal prijzige, naar maat gemaakte elastische armkous wordt — voor zover ons bekend — tot nu toe nog niet door de ziekenfondsen in Nederland uit de aanvullende verzekering vergoed. De blijvende verlichting der pijnen, het verdwijnen van het gevoel van onmacht, de terugkeer der arbeidsgeschiktheid en het goede esthetische effect wegen echter voor de draagsters der elastische armkousen ruimschoots tegen dit financiële offer op.

*Literatuur:* BERNINK, B. P. (1969) Elastische kousen. *Arts soc. Verzekering* 7, 16. — GRUFFAZ, J. en A. GORINS (1967) La méthode de Van der Molen dans le traitement des gros bras consécutifs à la chirurgie et aux radiations ionisantes pour cancers du sein. *C.R. Soc. franç. Gynéc.* nr. 2; (1969) *La femme et l'enfant* 3, 21. — MOLEN, H. VAN DER (1962) *Anthologia phlebologica*. Varitex, Haarlem. — SCHWARZ, F. (1972) De palliatieve behandeling van de dikke arm bij patiënten met mammacarcinoom. *Ned. T. Geneesk.* 116, 77.

Utrecht, 21 januari 1972

B. P. BERNINK

## Het begrip chirurgische radicaliteit bij de behandeling van het longcarcinoom

In dit tijdschrift wijdt Prof. DEN OTTER (1971) een artikel aan het begrip „chirurgische radicaliteit” van het longcarcinoom. Hierin worden enkele suggesties gedaan aangaande de interpretatie van de uitkomsten van de mediastinoscopie, die echter niet blijken te steunen op ervaring of literatuur. In een oorspronkelijk artikel waarin de interpretatie van een bepaalde methodiek aan de kaak wordt gesteld, ja daarin zelfs een centrale plaats inneemt, mag men toch wel een gedegen onderzoek en kennis van de literatuur als voorwaarde stellen. Uit de literatuurverwijzingen die de schrijver gebruikt, komt deze ondergrond echter wel erg summier tot zijn recht. Er wordt geen enkele van de acht bestaande monografieën (REYNDERS 1963; KNOCHE en RINK 1964; PALVA 1964; JEPSEN 1966; BARTEL 1967; MAASSEN 1967;

VECCHIONI 1967; SARRAZIN en VOOG 1968) over mediastinoscopie aangehaald, noch wordt verwezen naar de naam van de man die de mediastinoscopie introduceerde (CARLENS 1959). Tevergeefs zoekt de lezer naar auteurs van wie bekend is, dat zij over de meeste ervaring met mediastinoscopie beschikken.

In het artikel worden algemene uitspraken gesuggereerd die niet worden gestaafd aan de hand van de literatuur maar die worden ontleend aan de grote onbekenden „zij” en „men”. Er wordt bv. gesteld: „Zij zijn integendeel van oordeel dat iedere uitzaaiing in mediastinale lymfklieren de longtumor in wezen *inoperabel* maakt.” Deze uitspraak is onjuist en vindt in de literatuur geen bevestiging. Wél wordt in de literatuur gevonden, dat er onderzoekers zijn die menen dat deze tumoren chirurgisch *incurabel* zijn.

Ook de opmerking dat: „radicaliteit *du* geheel wordt gezocht in de lokale operabiliteit van de tumor”, is onjuist. Het lijkt wel erg boud te stellen dat een weldenkend chirurg zou menen dat een lokaal operabel proces „*du*” radicaal zou zijn. De mediastinoscopie pretendeert niet, enige invloed uit te oefenen op de te volgen techniek bij thoracotomie. Aan de hand van deze foutieve premisse voorziet de schrijver dat er een positieve correlatie ontstaat tussen het negatieve uitvallen van de mediastinoscopie en de radicale operabiliteit van de tumor. De bekende onderzoekers gaan echter niet verder dan te stellen dat bij een negatieve mediastinoscopie het aantal vergeefse thoracotomieën afneemt en dat het percentage resecties bij thoracotomie toeneemt. Dat een negatieve mediastinoscopie resectabiliteit betekent, wordt door het noemen van een positieve correlatie gesuggereerd, maar in de literatuur wordt dit niet zo gesteld. Het blijkt aan de hand van grote series dat, na selectie d.m.v. mediastinoscopie, de resectabiliteit steeg tot 88,5% (1133 thoracotomie, 129 inoperabel) (MAASSEN 1970). Ook vindt de lezer in de literatuur dat de 5-jaarsoverleving na resectie, t.g.v. selectie door mediastinoscopie, veel hoger ligt (MAASSEN).

Prof. DEN OTTER poneert dat „men” wil suggereren dat een negatieve mediastinoscopie een strenge relatie zou vertonen met radicale operabiliteit, c.q. curabiliteit. Helaas wordt er niet vermeld wat onder „een strenge relatie” wordt verstaan. Hierdoor wordt iets gesuggereerd waarvan de ware bedoeling verborgen blijft.

In de voorbeelden die worden aangehaald om het tekortschieten van de mediastinoscopie te illustreren, wordt bij de patiënten A en B uitsluitend steun gegeven aan de zienswijze van de auteurs die de mediastinoscopie propageren; d.w.z. bij negatieve mediastinoscopie zonder verdere contra-indicaties is thoracotomie geïndiceerd. Het aantonen van vergrote klieren zegt nog niet veel. Reeds EICHORN (1959) vond op een serie van 207 patiënten met vergrote klierpakketten, bij 42,5% geen aantoonbare kliermetastasen.

Patiënt C zegt niets ten nadele van de mediastinoscopie, maar toont duidelijk aan, dat hier een pulmonaal angiogram op zijn plaats was geweest. De mediastinoscopie pretendeert niet iets te zeggen over vaatingroei, noch over hematogene metastasen.

In de laatste alinea besluit het artikel dan dat „men” iets kritischer moet staan tegenover de mediastinoscopie. Hierbij vraagt de lezer zich af of een zorgvuldiger formulering en documentatie wellicht gewenst waren geweest.

*Literatuur:* BARTEL, M. (1967) *Einführung in die Mediastinoscopie*. Barth, Leipzig. — CARLENS, E. (1959) *Mediastino-*