

Ook al in verband met het in de vorige alinea gestelde komt het de commissie als zeer belangrijk voor dat er een zekere regionale of landelijke *coördinatie* van immunologisch onderzoek in Nederland tot stand komt. Een bijkomend belangrijk voordeel daarvan zou zijn dat de mogelijkheid ontstaat tot een centrale *registratie* van gegevens. Ondanks het feit dat immunologische stoornissen slechts betrekkelijk sporadisch voorkomen, wordt daarmee toch nog mogelijk de bij onderzoek verkregen gegevens dienstbaar te maken aan een wetenschappelijke bewerking.

De mogelijkheid van wetenschappelijke bewerking staat of valt met de kwaliteit en de onderlinge vergelijkbaarheid van methoden van onderzoek. Met het oog daarop zal moeten worden gestreefd naar *standaardisatie* van bij immunologisch onderzoek te gebruiken antigenen, waarvan dan voorraden van voldoende grootte en stabiliteit moeten worden gevormd.

De commissie welke het immuunstatusprotocol heeft opge-

steld, wil gaarne de genoemde taken van advies, coördinatie, registratie en standaardisatie op zich nemen. Zij zal dit doen in FUNGO-verband. Daartoe is de commissie omgezet in een werkgroep die deel uitmaakt van de werkgemeenschap immunopathologie van de sectie immunologie in de stichting voor medisch wetenschappelijk onderzoek (FUNGO). Het Preventie-Fonds verleent steun aan deze werkzaamheden.

Het volledig onderzoeksprotocol is voor geïnteresseerden tegen kostprijs (f 5,60) verkrijgbaar bij de secretaris van de Vereniging voor Immunologie, Dr. K. W. PONDMAN, Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis, Plesmanlaan 125 te Amsterdam.

Amsterdam, juli 1972

J. W. STOOP
V. P. EIJSVOOGEL
J. OORT

INGEZONDEN

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

Schildkliercarcinoom

Juist omdat het caput selectum „Schildkliercarcinoom”, geschreven door collega E. A. VAN SLOOTEN (1972), zo uitstekend is, zie ik mij genoodzaakt een misvatting op bladzijde 1186 van bovengenoemd artikel recht te zetten.

Wat onder 4.1.3. staat over de schildklier $cytologie$ is geheel onjuist. Reeds het uitgangspunt „gezien de moeilijkheden bij de *histologische* diagnostiek van het carcinoom, enz.” is al ongeoorloofd, al is het wel een gebruikelijk sjabloon.

Graag neem ik aan, dat velen van de in het schildkliercarcinoom geïnteresseerde specialisten theoretische bezwaren of teleurstellende ervaringen met een sporadisch beproefde schildklier $cytologie$ hebben gehad. Dit ligt echter niet aan de methode op zich, maar aan het simpele feit, dat deze in Nederland niet op routineniveau wordt gebracht.

In toonaangevende centra, waar dit wel gebeurt, zijn de resultaten totaal anders (Karolinska Sjukhuset in Stockholm, Hôpital Necker te Parijs, Medicin. Fakulteta „Dr. O. Novosel” te Zagreb).

In Nederland heeft maar een enkeling enige ervaring op dit gebied. Zoals met zoveel punctie $cytologie$ is Nederland — en de meeste andere landen — voornamelijk een onderontwikkeld gebied. Veel zou al gewonnen zijn als men eerst eens alle voor carcinoom verdachte schildklierproefexcida zou deppen en gecentraliseerd serieus zou analyseren, beschrijven en archiveren (bv. in het Antonie van Leeuwenhoekhuis). Ik ben van mening, dat dan de onwaarheid van de eerste alinea van 4.1.3. tot en met de zin „zeker bij de diagnostiek van niet-papillaire gezwellen, enz.” wel aan het licht zou komen.

Hiermede is niet gezegd, dat de schildklier $cytologie$ altijd gemakkelijk is, maar dat is de $cytologie$ van beenmerg en sommige andere weefsels ook niet.

Laat men eenvoudig erkennen, dat de schildklier $cytologie$ in de grote centra in Nederland nergens een kans heeft gekregen en dus ook niet op haar merites kan worden beoordeeld.

Literatuur: SLOOTEN, E. A. VAN (1972) *Ned. T. Geneesk.* 116, 1183.

Leiden, 11 juli 1972

P. LOPES CARDOZO
Ned. T. Geneesk. 116, nr. 35, 1972

Wij zijn het er geheel mee eens, dat de $cytologie$ van de schildklier in Nederland een weinig ontgonnen gebied is. Het is echter niet erg waarschijnlijk, dat hierin een grote verandering zal komen omdat de indicatie voor een punctie van een voor tumor verdachte zwelling van de schildklier of van de omgevende lymfklieren zo beperkt is.

Van klinische zijde zijn er immers enkele bezwaren tegen de punctie als deze gedaan wordt bij een patiënt, die een afwijking heeft, welke een operabel schildkliercarcinoom zou kunnen zijn. De kans bestaat immers, dat met de naald kleine tumorfragmentjes worden verplaatst, óf voorbij, achter of mediaal van de tumor als men er doorheen prikt, óf bij terugtrekken in het steekkanaal. Er zijn nu al zoveel patiënten bekend, bij wie bij het geven van lokale anesthesie tumorweefsel is verspreid in het geïnfilteerde gebied, dat met de genoemde mogelijkheid beslist rekening gehouden moet worden.

Bij een punctie zouden cytoloog en chirurg altijd samen moeten bepalen waar deze uitgevoerd wordt, zodat het traject van het steekkanaal precies bekend is en gemerkt kan worden. Het kan dan bij de eventuele operatie omsneden en verbonden met het preparaat uitgenomen worden. Dan is het gevaar in dit gebied niet groot meer. Alleen is het technisch erg moeilijk om zo'n steekkanaal intact te houden. Veel gevaarlijker is het als door de tumor heen is geprikt. Dan is absoluut niet meer te bepalen waar de naaldpunt heeft gelegen, zodat meenemen van het besmette weefsel onmogelijk is geworden. Nog onplezieriger is het als bij de punctie een hematoom ontstaat, ook al is dit nog zo beperkt. Waar bloed kan gaan, kunnen ook tumorcellen meestromen en zich in de losmazige weefsels nestelen, net daar waar de chirurgische snijvlakken komen te liggen.

Men zal begrijpen, dat de chirurgen puncties even gevaarlijk vinden als een „open” biopsie tijdens een operatie, waarbij tumorweefsel in het operatiegebied wordt gesmeerd.

Anders is het als de tumor a priori als inoperabel beschouwd moet worden en voor bestraling in aanmerking komt. Dan komt altijd het steekkanaal ruim in het bestraalde gebied te liggen, zodat een punctie zonder enig gevaar uitgevoerd kan worden. Bovendien zijn in die gevallen de morfologische moeilijkheden veel geringer.

Ik kan me erg goed voorstellen dat een cytoloog juist bij een voor punctie zo gemakkelijk toegankelijk orgaan als de

schilddklier grote moeite heeft om de naald in het kokertje te laten.

Er is natuurlijk alles voor te zeggen dat de cytologen trachten hun ervaring te vergroten door veel afstrijkpreparaten van normale en dysplastische schildklieren, adenomen

en carcinomen te bekijken. Het gebied om de verworven kennis toe te passen moet o.i. helaas beperkt blijven.

Amsterdam, 1 augustus 1972

E. A. VAN SLOOTEN

BERICHTEN

Buitenland

AFRIKA

Hepatitis-B-antigeen in muskieten. Een groep onderzoekers (onder wie de Nederlander METSELAAR van het Medical Research Centre te Nairobi) heeft een groot aantal in het wild in Kenya en Uganda gevangen muskieten onderzocht op de aanwezigheid van hepatitis-B-antigeen (HBAg) dat vroeger de namen Australia-antigeen en serumhepatitisantigeen heeft gedragen. Dit antigeen is een specifieke indicator van infectie met hepatitis-B-virus (serumhepatitis-virus). Het komt soms tijdelijk in het bloed van de mens voor tijdens een acute hepatitis B, en soms permanent bij dragers van het virus. De prevalentie van deze dragers is in tropische streken 20 à 100 maal zo groot als in gematigde streken. Een der onderzoekers van de genoemde groep, A. M. PRINCE, had de veronderstelling geopperd dat deze hoge prevalentie zou kunnen berusten op overdracht van het virus door bloedzuigende artropoden. De groep heeft de gevangen muskieten tot homogenaten verwerkt en deze onderzocht door middel van de „solidphase radioimmunoassay”. Het gezochte antigeen werd in 28 van de 187, dat is 16 pct van de onderzochte homogenaten gevonden. Van de autochtone bevolking van tropisch Afrika is 10 pct chronisch drager van HBAg. De muskieten hebben dus 1 op 10 kans bij een bloedmaaltijd ook HBAg op te nemen. Er zijn geen aanwijzingen dat het virus zich in het lichaam van de muskiet vermenvuldigt; deze is vermoedelijk slechts passieve overbrenger. (*Lancet*, 5 aug. bl. 247.)

GROOT-BRITTANNIË

Behoud van vrouwelijke artsen. Vele vrouwelijke artsen gaan voor de professie verloren op het ogenblik dat zij een huwelijk sluiten. Zij worden in de eerste huwelijksjaren geheel door hun gezinsfunctie in beslag genomen en tegen de tijd dat die functie hen minder gaat opeisen, voelen zij zich zo vervreemd van de medische praktijk dat zij deze niet meer aandurven. Het ministerie van gezondheid en sociale zekerheid heeft thans een „Women Doctors' Retainer Scheme” opgezet voor vrouwen (ev. ook voor mannen) onder de 55 jaar die minder werk op zich kunnen nemen dan twee zittingen per week. Degene die als lid toetreedt, ontvangt £ 50 per jaar; van haar (hem) wordt verwacht dat zij een aantal plichten vervult en jaarlijks minstens 7 onderricht-zittingen volgt. Men hoopt dat de toetredende vrouwen dientengevolge hun professionele vaardigheid zullen behouden en geïnteresseerd zullen blijven, zodat zij na de jaren van gezinsdrukte meer neiging zullen voelen, de geneeskundige praktijk weer op te vatten. (*Lancet*, 5 aug. bl. 268.)

VERENIGDE STATEN

Aantoning van sikkelcelanemie bij het embryo. Dr. YUET WAI KAN en medewerkers zijn erin geslaagd, in de reticulocyten van een embryo van 15 weken de synthese van de β -keten van hemoglobine S aan te tonen. Naar hun mening is het mogelijk, elke foetus met sikkelcelanemie te ontdekken, in-

dien er een methode wordt gevonden om zonder schade voor het groeiende kind een voldoende hoeveelheid bloed (10 μ l) van de foetus of uit de placenta te verkrijgen. Vermoedelijk is de veiligste techniek hiertoe de directe amnioscopie. Maar daarvoor zijn amnioscopen nodig met een diameter groter dan 3 mm en deze kunnen uteruscontracties teweegbrengen. Het wachten is op een goede amnioscoop met kleinere diameter.

Prenatale aantoning van sikkelcelanemie zal tot gevolg hebben dat ouders wier kinderen het risico van deze ziekte lopen, door selectieve abortus van aangetaste foetussen een gezond stel kinderen overhouden. Dit is een zelfde soort genetische preventie als wordt nagestreefd door het „John F. Kennedy Tay-Sachs Disease Program” onder de Asjkensische joden in de Baltimore-Washington-area, zij het dat de Tay-Sachs-ziekte veel ernstiger verloopt dan sikkelcelanemie. (*New Engl. J. Med.*, 6 juli bl. 1 en 41.)

M. M. HILFMAN

Binnenland

Verhuizing Ziekenfondsraad. Met ingang van 1 september a.s. verhuist de Ziekenfondsraad van Amsterdam naar Amstelveen. Per deze datum wordt een nieuw kantoorcomplex betrokken aan de Prof. J. H. Bavincklaan 2.

Het secretariaat van de raad is dan telefonisch te bereiken onder nummer 020 - 434747. (*Persbericht*, augustus.)

Medische keuring automobilisten onuitvoerbaar. Volkomen onuitvoerbaar noemt de medisch adviseur van het Centraal Bureau voor de Afgifte van Rijvaardigheidsbewijzen (CBR), de arts P. COUVEE, het uitgebreid medisch onderzoek en het persoonlijkheidsonderzoek, waaraan inwoners van de EG in de toekomst zouden moeten voldoen voor het verkrijgen van hun rijbewijs.

Deze twee ideeën staan in voorstellen van de Europese Commissie, bedoeld om begin 1974 in alle EG-landen een uniforme regeling te krijgen inzake rijproeven en normen voor rijbewijzen.

De heer COUVEE zegt dat het onmogelijk is al die mensen te keuren, die in de voorstellen worden genoemd. Voor deze medische keuringen ontbreekt de mankracht. Verder is het zijns inziens ook onmogelijk iedereen psychologisch te onderzoeken. Een dergelijk onderzoek zou voor iedere kandidaat minstens een dag vergen, hetgeen ook niet te verwezenlijken is. (*Volkskrant*, 11 augustus.)

Ziekenfondsfolder in acht talen. Buitenlandse werknemers in ons land kunnen voortaan in hun eigen taal lezen welke rechten zij kunnen ontlenen aan de ziekenfondsverzekering en de AWBZ.

De Stichting voorlichtingscentrum sociale verzekering heeft in samenwerking met de ziekenfondsorganisaties een folder laten verschijnen die in acht talen (Nederlands,