

king van de methode veel minder optreedt indien het gezin als voltooid beschouwd wordt. De ervaring met IUD-gebruiksters in het climacterium leert dat slechts weinigen zich bij een langere cyclus direct ongerust maken over een eventuele zwangerschap. Juist in deze leeftijdsklasse hebben de meeste vrouwen een bijna feilloze zekerheid of het overtijd zijn betekent dat ze zwanger zijn of niet. Al staat hier tegenover dat situaties waarbij de vrouw en haar dokter pas als zij à terme is, merken dat het toch niet de overgang was, vaker dan legendarisch voorkomen.

Het lijkt mij eerder „uiterst gevaarlijk” op deze klinische tekenen van zwangerschap te wachten dan bij een zeer zelden optredende fout-positieve zwangerschapstest een overbodige zuigcurettagage uit te voeren. Ik meen collega KLOMP wat betreft haar vrees voor „een enorme polypragmasie” te kunnen geruststellen: zuigcurettagages dienen zoals ik in mijn artikel stelde, uitsluitend bij een positieve zwangerschapstest te worden verricht; het eventueel vaker uitvoeren van zwangerschapstests bij vrouwen met een verlengde cyclus is geruststellend en dus heilzaam voor de betrokkenen.

Collega KLOMP wijst terecht op medroxyprogesteron als alternatief anticonceptivum zonder oestrogenen. Bij goede controle van gewicht en bloeddruk is dit middel zeer geschikt voor vrouwen boven de 40. Het soms optredende bezwaar van dyspareunie ten gevolge van een droge vagina kan door lokale toediening van oestrogenen (bv. in een zalf) worden opgeheven.

De meest voorkomende klachten met lynestrenol betreffen naar mijn ervaring vooral het bloedingspatroon. Zowel spotting als amenorroe komt vrij vaak voor. Daarom lijkt mij dit middel juist in het preclimacterium minder aangewezen.

Literatuur: MARSHALL, J. en B. ROWE (1972) *Fertil. and Steril.* 23, 417. — TETZE, C. (1963) The condom as a contraceptive. In: *Advances in sex research*. Harper and Row, New York.

Amsterdam, december 1977

F. P. WIBAUT

Patiënten met een kliervergroting

De klinische les van WAGENER (1977) geeft ons aanleiding tot enig commentaar en enkele aanvullingen.

1. De uitspraak, dat klieren hoog in (bedoeld is waarschijnlijk onder) de kaakhoeken en mid-cervicaal meestal onschuldig zijn, kan gemakkelijk aanleiding tot misverstand geven. Bij volwassenen zijn dit bij uitstek de plaatsen waar kliermetastasen van maligne tumoren in het hoofd-halsgebied zich plegen te manifesteren. Ook de achterste halsdriehoek (begrensd door de voorrand van de musculus trapezius, de clavicula en de achterrand van de musculus sternocleidomastoideus) is een gebied waar metastasen van hooggelegen farynxtumoren nogal eens tevoorschijnkomen. Dat bij kinderen met een chronische adenoiditis zeer vaak lymfoompjes in de achterste halsdriehoek palpabel zijn, wijst er al op dat dit gebied een belangrijke rol speelt in de lymfogene drainage van de nasofarynx.

Maligne tumoren van de neuskeelholte zijn berucht om de hoge frequentie van cervicale metastasen als eerste symptoom. Dit is in circa 40% van alle nasofarynxmaligniteiten het geval (THEMANS 1970). Bekendheid met het verband tussen deze symptomen en de mogelijke oorzaak bevordert de vroege diagnostiek van tumoren van de neuskeelholte.

2. Omdat de meeste halszwellingen (met uitzondering van

supraclaviculaire klieren en zwellingen van de schildklier) hun oorsprong vinden in het K.N.O.-gebied, moeten dergelijke patiënten in eerste instantie worden verwezen naar de K.N.O.-arts. WAGENER wijst terecht op de noodzaak van een nauwkeurig K.N.O.-onderzoek bij alle zwellingen in de hals, hetgeen moet gebeuren voordat de zwelling zelf diagnostisch wordt geattaqueerd. Bij een voor maligniteit verdachte klierzwelling zal de primaire tumor in veel gevallen reeds bij het eerste onderzoek worden gevonden, waardoor de verdere diagnostiek meer gericht kan worden uitgevoerd.

3. De diagnostische punctie van zwellingen in de hals voor cytologisch onderzoek is een veilige en betrouwbare methode. DE JONG en BLONK (1977) hebben daar in een recente publikatie op gewezen en hebben bovendien vastgesteld dat de kans op entmetastasen ten gevolge van deze punctie nagenoeg nihil is. Heel anders ligt dat met de chirurgische excisiebiopsie, althans voor wat betreft kliermetastasen van tumoren in het hoofd-halsgebied. Reeds in 1961 heeft MARTIN erop gewezen dat de „spill” van tumorcellen, die bij een dergelijke diagnostische excisiebiopsie optreedt, de prognose voor de patiënt belangrijk verslechtert. Zijn bevindingen zijn door latere onderzoekers bevestigd. Dit houdt in dat een chirurgische excisiebiopsie niet past in het primaire diagnostische programma van zwellingen in de hals. Pas wanneer andere diagnostische mogelijkheden uitgeput zijn, komt deze methode in aanmerking. Tijdens de operatie (die onder algemene narcose moet worden uitgevoerd) kan vriescoupe-onderzoek worden verricht. Bij voor carcinoom positieve uitslag dient de operatie te worden uitgebreid tot een totaal halskliertoilet („radical neckdissection”), hetgeen betekent dat de patiënt van deze mogelijkheid op de hoogte moet zijn en dat deze operatie moet passen in het van tevoren opgesteld therapieplan. Slechts op deze wijze is het mogelijk maligne materiaal uit de hals te verwijderen, zonder de kansen van de patiënt op volledige genezing te verslechteren. Met de zich steeds verfijnende cytologische diagnostiek is de laatste jaren de noodzaak van een excisiebiopsie overigens aanzienlijk gedaald.

Literatuur: JONG, P. C. DE en E. I. BLONK (1977) In: *Ontwikkelingen in de onkologie van het hoofd-halsgebied*. Rapport Nederlandse Keel-neus-oorheelkundige Vereniging en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. — MARTIN, H. (1961) *Amer. J. Surg.* 102, 17. — THEMANS, H. H. (1970) *Maligne nasofaryngeale neoplasmata*. Proefschrift Amsterdam. — WAGENER, D. J. TH. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 657.

Leiden, april 1977

W. A. DANKBAAR
G. J. HORDIJK
P. H. SCHMIDT

De collegae DANKBAAR c.s. brengen enkele punten naar voren, welke als waardevolle aanvullingen kunnen worden beschouwd. Ik ben hun vooral dankbaar voor de waarschuwing, dat klieren onder de kaakhoek en midcervicaal een uiting kunnen zijn van een metastasering vanuit een tumor in het keel-neus-oorgebied. Desalniettemin zijn gelukkig klieren hoog in de hals niet altijd een uiting van maligniteit en in de praktijk blijft mijn formulering bruikbaar, waarin ik stelde, dat klieren hoog- en mid-cervicaal, die vast aanvoelen en gefixeerd of asymmetrisch zijn, als zeer verdacht moeten worden beschouwd.

Nijmegen, januari 1978

D. J. TH. WAGENER