

Subsidies van de Maurits & Anna de Kock Stichting voor experimenteel klinisch kankeronderzoek

Het Fonds van de Maurits & Anna de Kock Stichting heeft voor 1978 gelden beschikbaar ter ondersteuning van de aanschaf van apparatuur ten behoeve van klinisch experimenteel kankeronderzoek.

Onderzoekers die menen voor een dergelijke subsidie in aanmerking te komen dienen een aanvraag in te dienen aan:

Het bestuur van de Maurits en Anna de Kock Stichting, Afd. Radiotherapie, Wilhelmina Gasthuis, 1e Helmersstraat 104, Amsterdam. In deze aanvraag moeten de vraagstelling, de methoden en de duur van het onderzoekproject vermeld worden. Ook dient aangetoond te worden dat de aangevraagde investering niet mogelijk is langs de gebruikelijke kanalen. De aanvraag moet de instemming hebben van de directie van de instelling of het hoofd van het laboratorium.

Juni 1978

Namens het bestuur,
K. BREUR en J. F. HAMPE

INGEZONDEN

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

Puncties op geleide van echografie

Gaarne willen wij een kanttekening plaatsen bij het artikel van collega WINTER (1978), dat zo duidelijk wijst op de diagnostische mogelijkheden geboden door echografie en dat de belangrijke mogelijkheid signaleert om op geleide van de echografie drainage te verrichten.

De auteur stelt ook dat de methode voor de cytologische (tumor)diagnostiek vele mogelijkheden lijkt te beloven. Zonder aan deze mogelijkheden te willen twijfelen, willen wij toch wijzen op de risico's van de implantatie-metastasering in het steekkanaal, een aspect, dat ook door de auteur genoemd wordt, maar dat als van weinig betekenis wordt gekenschetst. Onzes inziens is dit toch een aspect dat noodzaakt tot extra zorgvuldigheid bij de indicatiestelling voor diagnostische puncties.

Implantatie-entmetastasering is een van de meest te duchten vormen van (ook iatrogene) metastasering. Een belangrijk deel van het basisonderzoek van tumoren berust op de reeds lang bekende eigenschap van de overentbaarheid van tumorweefsel op een genetisch identieke voedingsbodem; bij de meeste dierproeven wordt dit benut. In de kliniek zijn wij helaas ook vertrouwd met deze tumor-karaktertrek: bv. met uitgroei van tumor in de grove steekkanalen die gemaakt zijn bij het ontlasten van pleuritis of peritonitis carcinomatosa en bij diagnostische weefselboringen (punctie-biopsie). Dit is ook relatief frequent de reden van het ontstaan van littekening bij tumoroperaties, indien contaminatie met tumorweefsel heeft plaatsgevonden. Er zijn hierover tal van literatuuroverzichten en in de chirurgie zijn vele technieken ontwikkeld om deze risico's tot een minimum te beperken.

Uit dierproeven is bekend, dat de kwantiteit van de tumorcellen en de mate van kwetsing van de gezonde weefsels de kans op uitgroei van geënt tumormateriaal mede bepalen. Het is daarom te verwachten, dat naarmate dunnere naalden voor de cytologische diagnostiek gebruikt worden (en eventueel speciale dubbele naaldtechnieken worden toegepast) de risico's voor implantatiemetastasering in het steekkanaal zeer veel kleiner worden. Toch moet men onzes inziens met deze risico's rekening blijven houden. Hoewel er — door de auteur geciteerde — publikaties zijn, die erop wijzen dat bij gebruik van dunne naalden geen entingen zouden ontstaan, zijn er ook enkele casuïstische meldingen die toch van uitgroei in steekkanalen berichten, ook bij het gebruik van dunne naalden (SINNER en ZAJICEK 1976; GIBBONS e.a. 1977). Wij verwachten, dat, naarmate in meer centra de follow-up-tijd langer wordt en de cytologi-

sche diagnostiek vaker zal worden toegepast, en zeker wanneer deze vaker wordt gebruikt bij de diagnostiek van tumoren waarvan de prognose overigens gunstig wordt geacht, deze casuïstiek in aantal zal toenemen.

Geenszins willen wij met deze opmerkingen zeggen dat voor cytologie geen plaats zou zijn. Integendeel, overal waar het steekkanaal mede verwijderd kan worden (bv. de mamma) of medebestraald kan worden (bv. bij diagnostische puncties paravertebraal ter verificatie van retroperitoneale kliermetastasen) kan de cytologie in de diagnostiek zeer waardevol zijn en kan deze de gehele behandelingsweg vaak sterk vereenvoudigen. Door het gebruik van deze methode bij deze gevallen worden de risico's voor enting in een definitief operatieterrein, zoals die gezien worden na een biopsie, duidelijk kleiner.

Ook wanneer een voor tumor positieve uitslag incurabiliteit betekent (bv. carina-puncties of puncties in het kleine bekken in processen die breed gefixeerd zijn aan de benigne bekkenwand) is het risico van de enting volledig aanvaardbaar en weegt het zeker op tegen de voordelen van de snelle informatie over de diagnose.

Bij curabele, operabele of goed bestraalbaar geachte processen achten wij evenwel cytologische diagnostiek, *als het steekkanaal niet volledig meegeëxideerd of bestraald kan worden*, zoals bij perifere longafwijkingen of bij niertumoren, alleen verantwoord indien van tevoren wel heel nadrukkelijk overwogen is of deze risico's opwegen tegen de voordelen die verkregen zouden kunnen worden met de cytologische punctie. Het is niet uitgesloten, dat de patiënt een kans op genezing daardoor juist wordt ontnomen. In deze gevallen zal naar onze mening op de eerste plaats naar andere mogelijkheden van diagnosebevestiging (uiteraard zonder entingsrisico's!) gezocht moeten worden, dan wel een oncologisch veilige ingreep moeten worden ondernomen op grond van een waarschijnlijkheidsdiagnose.

Literatuur: GIBBONS, R. P., W. H. BUSH en L. L. BARNETT (1977) *J. Surology* 18, 865; (1977) *Amer. J. Roentigenol.* 129, 725. — SINNER, W. N. en J. ZAJICEK (1976) *Acta radiol. Diagn.* 17, 473. — WINTER, W. A. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 577.

Amsterdam, mei 1978

P. VAN HEERDE
J. A. VAN DONGEN

Terecht wijzen VAN HEERDE en VAN DONGEN op het probleem van de entmetastasen ten gevolge van een cytologische punctie. In mijn artikel heb ik slechts een technische

mogelijkheid willen beschrijven zonder een scherpe afbakening van indicatierreinen aan te geven.

De techniek welke door HANCKE e.a. (1975) en HOLM e.a. (1975) in Denemarken is ontwikkeld, werd aanvankelijk voor vruchtwaterpunctie en echografisch gerichte leverbiopsieën gebruikt. Later volgde de toepassing om cytologisch materiaal te verkrijgen bij patiënten met pancreascarcinoom, bij wie men de prognose zo slecht achtte dat het verkrijgen van een microscopische diagnose zonder operationele ingreep als een groot winstpunt beschouwd kon worden. Het risico van entmetastasis werd bij deze patiënten niet van betekenis geacht.

Ten aanzien van cytologische puncties van bv. niertumoren zoals ook door deze Kopenhaagse groep verricht worden, is het nut van een dergelijke ingreep discutabel omdat o.a. het angiografisch beeld van een niercarcinoom veelal zo kenmerkend is dat aan de diagnose niet getwijfeld hoeft te worden. Bovendien ondergaan deze patiënten merendeels toch nefrectomie, zodat de histologische diagnose steeds verkregen wordt.

De kanttekeningen van VAN HEERDE en VAN DONGEN zullen naar ik hoop bijdragen tot een verantwoord toepassen van de echografisch geleide cytologische punctietechniek zonder echter uit het oog te verliezen dat deze snelle, trefzekere, zeer weinig belastende diagnostiekvorm een grote aanwinst kan zijn ten opzichte van vele indirecte, soms zwaar belastende diagnostische ingrepen.

Literatuur: HANCKE, S., H. H. HOLM en F. KOCH (1975) *Surg. Gynec. Obstet.* 140, 361. — HOLM, H. H., J. F. PEDERSON e.a. (1975) *Radiol. Clin. North-America* 13, 493.

Amsterdam, juni 1978

W. A. WINTER

Slijmvliesafwijkingen in en om de mond

Het lezenswaardig Caput Selectum van VAN DER WAAL en VAN DER KWAST (1978) wil ik op één punt niet onweersproken laten. Bij het onderwerp „aftēn” staat in de ondertiteling van fig. 1: „er is geen effectief geneesmiddel beschikbaar”, terwijl in de tekst vermeld wordt dat lokale applicatie van corticosteroïden zelden enig effect blijkt te hebben. Ik onderschrijf deze opvatting niet: vanaf mijn kinderjaren lijd ik recidiverend aan deze uitermate hinderlijke en pijnlijke ulcera die vooral een spreekbeurt of een diner vaak tot een swelling maken, en uit dien hoofde heb ik velerlei „therapeutica” aan den lijve geprobeerd, zoals de bekende aanstipvloeistoffen: tct myrrh, tct jodii, tct rattannh. aaa, Pyralvex en andere. Het enige mij bekende middel dat de duur van de aandoening van 2-4 weken tot 5-7 dagen terugbrengt en de pijn vermindert, is mij door mijn tandarts aangeraden en betreft Kenacort A in orabase. Het gaat hier om 0,1% triamcinolonacetonide dat verwerkt is in een adhesieve zalf die ook op het slijmvlies hecht.

Het onmiddellijk beginnen van deze behandeling door nachtelijke applicatie op het ulcus is naar mijn ervaring wel degelijk doeltreffend. Men moet de patiënt aanraden 's avonds na het tanden-poetsen het slijmvlies met een handdoek te drogen en vervolgens de zalf aan te brengen;

deze blijft tot de volgende morgen op haar plaats. Van patiënten aan wie het wordt voorgeschreven, hoor ik dezelfde positieve ervaringen.

Literatuur: WAAL, I. VAN DER en W. A. M. VAN DER KWAST (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 157.

Heemstede, februari 1978

J. M. KAMPS

Als reactie op het artikel van VAN DER WAAL en VAN DER KWAST (1978) enkele opmerkingen omtrent de aftēn waarvoor geen effectief geneesmiddel beschikbaar is. Het lijkt mij, na vele jaren ervaring met regelmatig terugkerende aftēn die inderdaad niet te remmen waren, dat vitamine B-complex wel effect heeft. In het beginstadium van een aftē gebruik ik het nu in een dosering van 2-3 maal per dag 1 dragee. De aftē komt niet tot volle ontwikkeling en is in 2 tot 3 dagen verdwenen. Ook bij mijn 3 kinderen heb ik dit waargenomen.

Mijn vragen zijn nu:

1. Kent u dit effect van vitamine B-complex?

2. Kunt u het verklaren, in aanmerking genomen het feit dat de voeding in mijn gezin beslist rijk aan vitamine B is en er geen aanleiding is om bij een van de gezinsleden een resorptiestoornis te veronderstellen?

Ik ben nog niet zo ver gekomen dat ik hetzelfde resultaat heb geprobeerd te bereiken met de verschillende vitamines uit de B-groep afzonderlijk.

Literatuur: WAAL, I. VAN DER en W. A. M. VAN DER KWAST (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 157.

Castricum, maart 1978

R. LEENSTRA-RIJKEMA

Uw eigen ervaringen met aftēn willen wij geenszins bestrijden. Integendeel, ook wij gebruiken Kenacort A in orabase bij onze groep patiënten, die vermoedelijk toch anders geselecteerd is dan de patiënten uit de huisartsenpraktijk. Wij hebben slechts incidenteel succes ermee geboekt. Sommige patiënten blijken baat te hebben bij Buccalsone, anderen weer bij mondspoelingen met tetracycline en weer anderen bij het gebruik van vitamine B-complex, enz. In onze ervaring is er geen middel dat bij elke patiënt met één of meer aftēn met succes kan worden toegediend. Bovendien is er een groep patiënten met ernstige, recidiverende aftēn bij wie geen enkel geneesmiddel ook maar enige verlichting van de aandoening teweegbrengt. Dit geldt niet alleen voor de al eerder genoemde middelen zoals vitamine B-complex, Kenacort A in orabase en mondspoelingen met tetracycline, maar ook voor middelen zoals levamisol en salazosulfapyridine. Algemene toediening van corticosteroïden heeft wel een gunstig effect op de genezing en op het voorkómen van aftēn, doch wij menen uiterst gereserveerd te moeten staan tegen het algemeen gebruik van corticosteroïden bij deze aandoening.

Amsterdam, maart 1978

W. A. M. VAN DER KWAST
I. VAN DER WAAL