

## *Financiële steun van de Stichting „De Drie Lichten”*

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 1 december 1978 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Bovendien bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen, in verband met het voorgenomen onderzoek, voor te maken onkosten. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulp personeel in dienst te nemen.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstelling en vergezeld te gaan van een begroting, aanbevelingen en een curriculum vitae.

Zoals eerder vermeld in dit tijdschrift (bl. 949) heeft het bestuur, in verband met het vijftienvijftig-jarig bestaan van de Stichting besloten eenmalig een bedrag van maximaal f 25.000 beschikbaar te stellen aan een jong onderzoeker, niet ouder dan 35 jaar, voor het maken van een studiereis, ten einde zich in het buitenland te oriënteren binnen zijn vakgebied. Applicanten dienen zich te melden bij de secretaris van de stichting; een uitvoerig curriculum vitae, o.a. inhoudende de tot nu toe ontplooidde wetenschappelijke

activiteiten; een uiteenzetting van de plannen en adhaesiebetuigingen van twee hoogleraren dienen de sollicitatie, welke eveneens voor 1 december 1978 dient te worden ingediend, te vergezellen.

Prof. dr. A. SCHABERG, *secretaris*,  
Pathologisch Laboratorium,  
Wassenaarseweg 62,  
Postbus 9603, 2300 RC Leiden

## *Stipendia van de British Council*

De British Council stelt stipendia beschikbaar voor post-academische studie aan wetenschappelijke instellingen in het Verenigd Koninkrijk, ingaande oktober 1979.

Het „fellowship”, met een duur van 2 tot 3 jaren, staat open voor afgestudeerden beneden de leeftijd van 35 jaar. Voor een „scholarship”, dat een jaar duurt, is ten minste de graad van kandidaat vereist. Verder zijn beurzen beschikbaar voor perioden van 1 tot 6 maanden. Van medische gegadigden wordt bovendien verlangd dat zij een postacademische ervaring van 2 jaren hebben, die zich niet beperkt tot het gebied waarin zij zich wensen te specialiseren, terwijl degenen die uitsluitend in eigen praktijk werkzaam zullen zijn niet voor een stipendium in aanmerking komen.

Voor bijzonderheden en aanmeldingsformulieren — de inschrijving sluit 15 november 1978 — schrijf men The British Council, Keizersgracht 343, Amsterdam-C.

## INGEZONDEN

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

### *Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker vanaf 35 jaar?*

Het is niet duidelijk wat in het artikel van VERSCHOOF en DE LA FUENTE (1978) wordt bepleit: willen de schrijvers een verlaging van de leeftijdsgrens van het bevolkingsonderzoek of zijn zij, gezien hun laatste opmerking, „Overigens is ons uit ons onderzoek gebleken, dat een groot aantal vrouwen met maligne intra-epitheliale, cervicale afwijkingen ook zonder bevolkingsonderzoek ontdekt worden.”, toch tevreden met de huidige gang van zaken? Bij het lezen zijn echter nog twee vragen gerezen:

1. Hoe is het te verklaren dat in de eerste en tweede periode de histologische diagnose dysplasie in ongeveer 40% van de gevallen wordt gesteld en in de twee latere perioden in minder dan 3%? Zijn de criteria hetzelfde gebleven?

2. Uit de gegevens zou men de indruk kunnen krijgen dat er in de afgelopen 15 jaar een toename is van (voorstadia van) cervixcarcinoom op jonge leeftijd. In dezelfde periode is er echter ook een verandering opgetreden in de toevoer en de aard van het aangeboden cytologische materiaal. In de jaren 1960 — 1970 werd slechts sporadisch op klinische indicatie een uitstrijkje gemaakt, na 1970 geschiedde dit pas op grotere schaal en naar verhouding va-

ker bij vrouwen op jonge leeftijd op „preventieve” indicatie.

Uit deze cijfers mag derhalve niet zonder meer een conclusie worden getrokken. De keuze van de leeftijdsgrenzen van het georganiseerde en gesubsidieerde bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom moet natuurlijk worden bewaakt. Een verschuiving van het vóórkomen van cervixcarcinoom naar een jongere leeftijd wordt wel degelijk verwacht, maar op dit moment is dat echter nog niet aantoonbaar. Het vaststellen van de grenzen is niet eenvoudig; het opsporen van cervixcarcinoom is een goede zaak, maar er moet ook naar de financiële aspecten worden gekeken. Het gaat er hierbij niet zozeer om de carcinomen in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken, maar in een stadium waarin een behandeling volledige genezing betekent.

*Literatuur:* VERSCHOOF, K. J. H. en A. A. DE LA FUENTE (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1213.

Utrecht, september 1978

H. J. A. COLLETTE

De collegae VERSCHOOF en DE LA FUENTE (1978) val ik gaarne bij wanneer zij stellen, dat de minimum-leeftijd van de Nederlandse vrouwen wat lager moet worden gekozen dan vanwege het bevolkingsonderzoek wordt gedaan. Cancereuze en precancereuze afwijkingen van de portio kun-

nen in het lege artis vervaardigde cytologische preparaat aangetoond, vermoed of uitgesloten worden.

De onderzoeksmethode is goedkoop (ca. f 5000,- per gevonden geval), is makkelijk toepasbaar, behoorlijk trefzeker, veroorzaakt weinig discomfort voor de onderzochte vrouwen en zou belangrijke overlevingskansen door vroegere detectie van de (pre-)maligne afwijkingen kunnen bieden. Daar een kosten/baat-berekening zo voordelig mogelijk dient te zijn, zou men de minimum-leeftijd kunnen verlagen voor de high risk-groepen, bureaus en poliklinieken voor prenataal onderzoek, bureaus voor family planning, abortusklinieken, poliklinieken voor geslachtsziekten, afkick-centra voor druggebruikers, en in gevangnissen e.d.

Lezing van het artikel deed twee vragen rijzen over de alinea: „Patiënten en methoden”. Wellicht is het tegenwoordige beleid aangepast aan de later verkregen inzichten en zijn mijn vragen niet meer van waarde. Dan heb ik in uw artikel het gewijzigde beleid gemist.

1. Waarom vertrouwt u – die zo'n groot voorstander van de colposcopie bent – uw visuele waarneming niet en doet u altijd een portio-exconisatie als de patholoog-anatoom in de colposcopische gerichte proefbiopsie een carcinoma in situ vindt. U heeft zonder twijfel uit de meest suspecte plaats(en) gebiopteerd. Pas als u de squaemocolumnar junction niet geheel à vue kunt krijgen (d.w.z. als deze binnen het cervicale kanaal is teruggetrokken), kan ik met uw conisatie instemmen. (Overigens kunt u een portio-uitstrijk ook tijdens de colposcopische bezichtiging – alsnog – afnemen, zodat u te allen tijde over de cytologie geïnformeerd bent.)

2. Emotionele argumenten spelen een hachelijke rol in de oncologie. Dit n.a.v. uw conservatieve houding bij jonge vrouwen die nog kinderen wensen te krijgen. U vindt die houding t.a.v. oudere vrouwen met voltooid gezin kennelijk niet verantwoord. Afwachten – onder vanzelfsprekend frequente en nauwkeurige controle – zou ik voor beide categorieën toelaatbaar achten mits men het snijvlak niet met vaginawand dichthecht.

Tenslotte zou ook een reconisatie te overwegen zijn, omdat men voorbij de rand van de verwijderde conus een ernstiger afwijking (dus een reeds invasief carcinoom) kan veronderstellen. Zonder deze zekerheid loopt men de kans om patiënten een insufficiënte kankertherapie te doen ondergaan.

*Literatuur:* VERSCHOOF, K. J. H. en A. A. DE LA FUENTE (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1213.

Utrecht, september 1978

J. W. BARENTS

Aan collega COLLETTE willen wij antwoorden dat de strekking van ons artikel naar het ons voorkomt duidelijk is: daar er vele vrouwen voor hun 35e jaar een premaligne cervixafwijking krijgen, lijkt de leeftijdsgrens van 35 jaar bij het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker te hoog.

In het begin van ons onderzoek zijn er een aantal patiënten geweest bij wie de diagnose carcinoma in situ werd gesteld. Na revisie der preparaten bleken er nogal wat patiënten met een ernstige dysplasie bij te zijn. In vele gevallen vindt men bij één patiënte naast elkaar dysplasie en carcinoma in situ. Wij hebben de patiënten geïnclassificeerd naar de ernstigste aandoening die in het totale histologische materiaal werd gevonden. Alle preparaten zijn vóór dit onderzoek geheel opnieuw bekeken en steeds zijn dezelfde criteria toegepast. Wel vond in latere jaren een uitge-

breidere onderzoek-methode plaats, maar dit kan onze inziens geen verklaring zijn voor het door collega COLLETTE gesignaleerde verschil. Wij kunnen geen goede verklaring hiervoor geven.

Vanaf 1960 is het de gewoonte geweest van alle patiënten die het spreekuur bezochten, een uitstrijkje te maken. Er is dus geen verandering in de patiënten-populatie opgetreden. Conclusie's lijken dus wel degelijk mogelijk. In de slotzin van de kritiek van collega COLLETTE kunnen wij ons geheel vinden.

Collega BARENTS meent dat wij onze colposcopisch gerichte proefexcisie niet vertrouwen. Dit nu is geenszins het geval. Er wordt een exconisatie verricht, ten einde de premaligne laesie te verwijderen. Dat er dan tevens controle is op de verrichte diagnostiek is vanzelfsprekend meegenomen doch niet hoofdzaak.

Verricht men cytologisch onderzoek tijdens de colposcopische bezichtiging, dan valt de uitkomst van dit onderzoek altijd tegen: in de regel zijn er te weinig cellen voor een goede beoordeling aanwezig. Tevens kan men pas goed colposcopisch beoordelen na deppen van de portio met een verdunde azijnzuuroplossing. De daarna waargenomen atypie laat geen cytologisch onderzoek meer toe.

In het algemeen behandelen wij onze patiënten met een carcinoma in situ conservatief, d.w.z. wij volstaan in het algemeen met een exconisatie. Emotioneel gezien is dit voor jongere vrouwen belangrijker dan voor oudere vrouwen. Onze gedragslijn wordt er echter niet door veranderd. Het zal echter wel duidelijk zijn dat er vaker een uterus-extirpatie zal worden verricht bij oudere vrouwen, daar er vaak andere afwijkingen bij komen zoals myomen, endometriosis interna e.d.

Als men exconisatie doet na colposcopisch onderzoek is in de regel de conus zodanig uitgesneden, dat geen residu in de achtergebleven uterus meer wordt aangetroffen. Reconisatie passen wij dan ook bijna nooit toe. Ook als de conus niet geheel radicaal is verwijderd, blijkt toch in een groot aantal gevallen in een later operatie-preparaat geen residu meer te worden gevonden. Bij na-onderzoek van onze patiënten is wel gebleken, dat er geen insufficiënte kankertherapie aantoonbaar is.

Enschede oktober 1978

K. J. H. VERSCHOOF  
A. A. DE LA FUENTE

### *Probleem rondom de menopauze*

Onder bovenstaande titel geeft collega ZEIJLMANS (1978) waardevolle informatie over klachtenpatroon en behandelingsmogelijkheden rondom deze laatste menstruatie. Uiteraard wordt aandacht besteed aan de behandeling met oestrogenen, waarvoor in de postmenopauze o.a. de atrofische vulvovaginitis in aanmerking komt. Wat betreft de diagnostiek van deze atrofische vaginitis laat ZEIJLMANS ons echter in het ongewisse. Hormoonbepalingen in bloed en urine spelen ons weinig gegevens in handen wanneer het gaat om de te geven dosis, terwijl ook het cytologische beeld van de vagina-uitstrijk hiervoor ongeschikt zou zijn. Collega ZEIJLMANS concludeert, dat er geen objectieve maatstaven zijn en dat de oestrogeendosis moet worden vastgesteld op grond van de klachten.

Collega MEUWISSEN (1978) geeft ons, in een toevoeging aan het artikel van ZEIJLMANS, nog een hint door te stellen, dat een droge vagina en een weinig troebel taai cervixslijm waarschijnlijk duidt op een oestrogeendeficiëntie. Speciaal