

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 onzes 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

wat betreft de diagnostiek van een tekort aan oestrogenen door middel van het cytologische beeld, heeft onze literatuur weinig lovende woorden. En naar me voorkomt, ten onrechte. Een van de redenen dat van deze methode weinig gebruik gemaakt wordt, is misschien wel gelegen in het feit, dat het tijdrovend is in die zin, dat het vaginale uitstrijkpreparaat nagekeken moet worden in een cytologisch laboratorium, en de uitslag dus niet meteen bekend is, zodat patiënte op een volgend spreekuur terug zal moeten komen, waarbij een medicamenteuze behandeling met oestrogenen ingesteld c.q. gewijzigd kan worden.

Echter, het cytologische beeld van een atrofische vaginitis is zeer specifiek, is niet moeilijk te leren en kan door iedere arts à la minute in zijn spreekkamer gesteld worden. Er komt geen pycnotische of acidofiele index aan te pas, geen kleuring volgens Shorr of Papanicolaou, een minimale hoeveelheid vaginaal secreet (ter verhoging van het contrast voor microfotografie eventueel gemengd met een druppeltje Nijl-blauw 0,1%) onder de fassencontrast-microscopie en de diagnose is duidelijk: het vrijwel alleen voorkomen van kleine epitheelcellen met grote kern van de basale laag, intermediairen, veel leukocyten en weinig melkzuurbacteriën.

Terug naar het artikel van collega ZEIJLMANS, waarin hij ons voorlicht over de praktische toepasbaarheid van oestrogenen in de postmenopauze: Voorkeur zou kunnen hebben oestriol en de geconjugeerde oestrogenen, terwijl ethinyloestradiol wegens het sterk proliferatieve effect op het endometrium obsoleet genoemd moet worden. Aldus collega ZEIJLMANS.

Het is mijn stellige overtuiging, dat tot op heden voor artsen ethinyloestradiol de eerste keus is als het ging om oestrogenensuppletie. En nu plots: „alea jacta est”, ethinyloestradiol is obsoleet.

Op grond van mijn goede ervaringen met ethinyloestradiol is het me niet duidelijk, waarom het obsoleet genoemd zou worden.

Literatuur: MEUWISSEN, J. H. J. M. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 882. — ZEIJLMANS, J. G. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 512.

Zaandam, augustus 1978

G. IWEMA BAKKER

Collega IWEMA BAKKER verdedigt niet meer algemeen aanvaarde opvattingen met m.i. onvoldoende argumenten. Het betreft 2 belangrijke zaken: 1. de bruikbaarheid van het cytologische vaginale preparaat; 2. de keuze van het oestrogeen.

Ad 1. a. Het is mogelijk door bepaling van de oestrogenen, maar ook van de gonadotrofinen die via terugkoppeling bij oestrogeendaling toenemen, veranderingen van de oestrogeenspiegel in het bloed vast te stellen. Helaas is er echter geen verband tussen de ernst van de klachten en de mate van oestrogeentekort.

b. Ook bij een normaal cytologisch vaginaal preparaat kunnen door oestrogeentekort veroorzaakte klachten voorkomen, hetgeen wil zeggen dat een normaal preparaat slechts aangeeft dat er voldoende oestrogeen is om vaginale atrofie te voorkomen. Het vaginale preparaat is dan ook uitsluitend geschikt om de diagnose vaginale atrofie te stellen of te verwerpen. In de dagelijkse praktijk zal echter beoordeling in speculo, zoals beschreven door MEUWISSEN (1978), meestal voldoende zijn.

Op grond van de onder a en b genoemde feiten is het verantwoord te zeggen dat er geen in de praktijk bruikbare

objectieve maatstaven zijn om in het algemeen de oestrogeendosis vast te stellen en dat men dient af te gaan op de klachten van de vrouw.

Ad 2. De voornaamste bezwaren tegen het gebruik van ethinyloestradiol (EE) zijn: sterke endometriope werking, invloed op bloedstolling en serumlipiden, geringe therapeutische breedte en betrekkelijk veel klachten. Deze nadelen zijn bekend van de ter bestrijding van de klachten noodzakelijk geachte minimale dosis van 20 microgram per dag. Collega IWEMA BAKKER veronderstelt (mondelinge mededeling) dat de hoogte van deze dosis de oorzaak is en meent dat een dagdosis van 10 microgram voldoende is omdat naar zijn ervaring hiermee een normaal cytologisch vaginaal beeld verkregen wordt. Bij het aanbevelen van deze lage dosis EE zijn twee vragen van belang: Wat is er bekend over de werking van EE in een lage dagdosis op het endometrium, de bloedstolling en de serumlipiden? Is deze lage dosis voldoende om de klachten te bestrijden?

Op deze vragen is geen zeker antwoord te geven wegens het ontbreken van voldoende uit onderzoek verkregen gegevens. Indien met 10 microgram EE een normaal vaginaal beeld verkregen wordt, betekent dit uitsluitend dat deze dosis voldoende is om vaginale atrofie te bestrijden. Over het effect op andere symptomen en klachten, b.v. de hinderlijke warmtesensaties zegt dit niets (zie ad 1).

Concluderend kan worden gezegd dat: EE in de gangbare minimale dosis van 20 microgram per dag een aantal nadelen heeft, die de stof in deze dosering ongeschikt maken; er omtrent deze nadelen en omtrent de doeltreffendheid ter bestrijding van alle klachten bij een dagdosis van 10 microgram EE onvoldoende bekend is; oestriol, oestradiol, de van beide afgeleide stoffen en de geconjugeerde oestrogenen een voldoende effect hebben in een dosering die genoemde nadelen niet of slechts in geringe mate heeft; de vrouw het voordeel van de twijfel dient te hebben; daarom, zolang de vragen betreffende EE in lage dosering niet op bevredigende wijze beantwoord zijn, de hierboven genoemde oestrogenen de voorkeur verdienen.

Heemskerk, september 1978

J. G. ZEIJLMANS

Levensverwachting na chirurgische behandeling van het aneurysma aortae abdominalis

Het lezenswaardige artikel van TILANUS en VAN VROONHOVEN (1978) bevat een principiële statistische onjuistheid. De vijfjaarsoverleving van een groep elektief geopereerde patiënten met een gemiddelde leeftijd van 65 jaar wordt hierin vergeleken met die van inwoners van Nederland van 65 jaar. Hieruit wordt zonder meer de conclusie getrokken dat de patiënten die een geslaagde operatie hebben ondergaan een levensverwachting hebben die ongeveer dezelfde is als die van de bevolking van vergelijkbare leeftijd en geslacht.

De patiënten lopen in leeftijd uiteen van 46 tot 85 jaar, de groep waarmee ze vergeleken worden is echter niet jonger of ouder dan 65 jaar. Bovenstaande conclusie kan alleen met recht getrokken worden wanneer de vijfjaarsoverleving van een patiënt van 46 jaar tegenover die van inwoners van Nederland van 46 jaar wordt gezet, die van een patiënt van 51 jaar tegenover die van Nederlanders van