

Carcinomatose van de hersenvliezen

Ik wil op gezag van de schrijvers HENGEFELD e.a. 1978) gaarne aannemen dat — ik citeer — „geholpen door de kennis van de besproken klinische verschijningsvorm en door de resultaten van eventueel meermalen herhaald lumbale puncties en liquoronderzoek, de diagnose in de meeste gevallen met tamelijk grote zekerheid kan worden gesteld”. Mijn bezwaren tegen dit artikel betreffen echter de voorgestelde therapie. De schrijvers zeggen dat „het mogelijk blijkt te zijn met radiotherapeutische en chemotherapeutische methoden het aantal suspecte cellen in de liquor te doen dalen”. Zij vermelden tevens „dat er nog geen overtuigende aanwijzingen bestaan dat bij de tot nu toe gebruikte doseringen de levensduur van de patiënten kan worden verlengd”. Geen van de 3 door hen zelf behandelde patiënten (behandeld met intrathecally toegediende cytostatica) bleef langer dan 2 weken nog in leven. Ik vraag mij af: is dit geneeskunde? Er werd een werkgroep opgericht om een behandeling met röntgenstralen en cytostatica te schematiseren.

Wanneer ik de microscopische afbeeldingen bezie van de meninges die tot in de kleinste hoekjes en gaatjes met maligne cellen zijn volgepropt, begrijp ik niet hoe intrathecally toediening van cytostatica iets goeds zal kunnen bewerkstelligen. Het aantal suspecte cellen in het lumbale vocht zal mogelijkerwijs verminderen, doch is dit voor de patiënt van belang? Zelfs al zou het leven van deze patiënten door de voorgestelde behandeling met enige maanden worden verlengd, dan nog is het de grote vraag of dit als winst voor de patiënten kan worden beschouwd. Ik meen dan ook dat de therapie met röntgenbestraling en chemotherapie bij deze patiënten achterwege moet blijven en dat passieve euthanasie voor hen te verkiezen is.

Literatuur: HENGEFELD, J. W., J. W. A. SWEN, P. M. BAKKER e.a. *Ned. T. Geneesk.* 122, 1875.

Dreischor, januari 1979

W. J. BRUINS SLOT

Het commentaar van prof. BRUINS SLOT beschouwen wij als een aanvulling, die getuigt van grote belangstelling. Het is altijd zinvol te realiseren of een bepaalde vorm van behandeling medisch en menselijk gezien juist is.

De diagnose wordt gemakkelijk gemist of zeer laat gesteld maar is reeds in een vroeg stadium mogelijk met behulp van cytologisch onderzoek van het liquorsediment. De klachten zijn vaak uiterst hinderlijk of belastend en vragen om therapie, dit te meer daar in de rest van het lichaam soms nog slechts zeer weinig tumormetastasen aanwezig zijn.

Met nadruk willen wij er nogmaals op wijzen, dat met de besproken behandelingswijze in eerste instantie een palliatief doel wordt nagestreefd, zoals ook in het artikel reeds is aangegeven. Dat het uiteindelijke doel verder reikt en dat ons nog hulpeloze pogen ook hierdoor wordt geschrapt kan geïllustreerd worden door het volgende anecdotische verhaal. Toen een onzer enkele jaren na de oorlog op de afdeling van prof. ROBERT DEBRÉ aldaar een zaaltje met kinderen lijdende aan vergevorderde meningitis tuberculosa bezocht, die met streptomycine werden behandeld, was de gunstige invloed van deze medicatie naar objectieve

maatstaven duidelijk, maar prof. DEBRÉ moest toch zeggen: „Mais quand même, tous ces enfants vont mourir.”

Uit de schaarse literatuur-gegevens over carcinomatose van de hersenvliezen, die ons bekend zijn, kan de voorzichtige conclusie worden getrokken dat intrathecally cytostatische therapie al of niet in combinatie met radiotherapie enerzijds de klachten kan doen verminderen en anderzijds de levensduur kan verlengen. Daarbij willen wij echter geenszins uitsluiten dat op den duur andere behandelingsmethoden of toedieningswijzen noodzakelijk zullen blijken.

Om deze redenen willen wij nogmaals collegae met ervaring in het behandelen van deze patiënten verzoeken gegevens uit te wisselen. Op deze wijze zal de behandeling geëvalueerd kunnen worden met het minste nadeel en naar wij hopen tot uiteindelijk heil van de aan ons toevertrouwde patiënten.

's-Gravenhage, februari 1979

J. W. HENGEFELD
J. W. A. SWEN
P. M. BAKKER
L. J. ENDTZ

Buiktuberculose

Het is opvallend dat in twee opeenvolgende nummers van het Tijdschrift een klinische les wordt gewijd aan „buiktuberculose” (HAALBOOM e.a. 1979; KALSBEK 1979). Als oudere tuberculose-arts, die in de jaren 1937-1947 honderden gevallen van buiktuberculose gezien heeft, meen ik enkele vragen te moeten opwerpen en aanvullingen te moeten geven; te meer omdat ik kort geleden geconfronteerd werd met een soortgelijke patiënt als in deze klinische lessen is besproken.

Het is ondoenlijk in een zeer kort bestek een overzicht te geven van de grondslagen van de verspreiding van de tuberkelbacterie in het lichaam. De Hollandse school (VOS Sr., BRONCKHORST, STRAUB e.a.) hebben hierin — mondiaal gedacht — een grote rol gespeeld. Het lijkt mij juist, vanuit dit standpunt de mededelingen van de gevallen van „buiktuberculose” te bekijken.

Buiktuberculose is nooit een lokale ziekte. Men onderscheidde, m. i. terecht, drie stadia:

1. *Primaire fase — infectie-fase:* In de darm kwam dit slechts sporadisch voor door bovine infectie.

2. *Secundaire (post-primaire) fase:* Via hematogene verspreiding, wat de buik betreft: uitzaaiingen in peritoneum met peritonitis, ascites en buikkliertuberculose. Genezing trad veelvuldig op, herhaaldelijk met strengvorming, waardoor ileusverschijnselen. Lokale darmafwijkingen kwamen in deze fase zelden voor. Bij vrouwen na de menarche trad veelal steriliteit op; merkwaardigerwijs vóór de menarche zelden steriliteit.

3. *Tertiaire (ftisische) fase:* Deze fase kon en kan optreden direct in aansluiting aan fase 1 en 2, maar ook zeer vaak tot tientallen jaren later. Hierbij ziet men herhaaldelijk darmafwijkingen bij de valvula Bauhini, colon ascendens en transversum; in vergevorderde gevallen ook in het colon descendens. In hoeverre deze ontstonden als opflikkeringen van de hematogene uitzaaiing uit fase 1, of door versleping van sputum, is nooit geheel zeker geworden; waarschijnlijk is de eerste verklaring de juiste.