

deressen aan ovariumcarcinoom vergeleken met een naar de leeftijden vergelijkbare controlegroep van 150 vrouwen, die nooit aan enigerlei vorm van kanker hadden geleden en die nimmer aan de eierstokken waren geopereerd.

De patiëntengroep telde meer vrouwen (40) die nooit zwanger waren geweest dan de controlegroep (30), terwijl meer controles (59) dan patiënten (48) drie of meer zwangerschappen hadden voldragen. Een zelfde verschil bestond er tussen beide groepen wat betreft onvoldragen zwangerschappen: van de patiënten hadden 112 en van de controlegroep slechts 90 nooit een onvoldragen zwangerschap gehad; daarentegen vermeldden 23 controlepersonen twee of meer onvoldragen zwangerschappen tegen slechts 15 van de patiënten. Vergeleek men het gebruik van orale contraceptiva, dan bleken er meer patiënten (109) dan controles (100) deze middelen korter dan 6 maanden te hebben gebruikt. Gebruik van orale anticonceptie gedurende 7 jaren of langer kwam juist in de controlegroep vaker voor (14) dan bij de patiënten (10).

Al deze verschillen zijn in overeenstemming met het vermoeden, dat onderdrukking van de ovulatie de kans op ovariumcarcinoom vermindert, maar op zichzelf was geen dezer verschillen statistisch significant. Berekende men echter uit het aantal maanden zwangerschapsduur en het aantal maanden waarin orale anticonceptie was gebruikt de totale anovulatoire tijd, dan bleek het negatieve verband tussen de kans op ovariumcarcinoom en ovulatie-onderdrukking statistisch wel significant te zijn ($P=0,02$). Ter verklaring van deze bevindingen valt wellicht te denken aan de herhaalde traumata, die het ovariumoppervlak bij de ovulaties ondergaat, waarbij bovendien follikelvloeistof, die veel oestrogenen bevat op genoemd oppervlak inwerkt.

Literatuur: CASAGRANDE, J. T., E. W. LOUIE, M. C. PIKE e.a. (1979) *Lancet II*, 170.

J. A. H. VAN BEUSEKOM

Cardiologie

Kamertachycardie en kamerrfibrilleren bij jonge mensen

Een kamertachycardie kan, in tegenstelling tot supraventriculaire ritmestoornissen, overgaan in kamer-

fibrilleren. Omdat paroxismale ventriculaire ritmestoornissen zoals tachycardie (PVT) of fibrilleren (PVF) meestal een gevolg zijn van coronaire hartziekten ziet men ze vaker bij oude dan bij jonge patiënten (ARMBRUST en LEVINE 1950; HERRMANN e.a. 1959). Toch komen deze aritmieën ook in de jeugd voor, met of zonder een organisch hartgebrek dan wel onder invloed van medicamenten of van endogene catecholaminen. PEDERSEN e.a. (1979) onderzochten 18 patiënten, jonger dan 25 jaar (gemiddeld 16,6 jaar) met PVT of PVF. De klachten bestonden uit hartkloppingen, pijn in de borst of flauwvallen. Vier van hen hadden een prolaps van de mitraliskleppen, 3 leden aan een cardiomyopathie, 2 aan myocarditis. Bij 1 hunner, een meisje van 17 jaar, toonde het ECG een abnormaal lange QT-tijd; dezelfde afwijking bestond bij 3 familieleden, en 1 zuster was op 21-jarige leeftijd plotseling dood gebleven. De jongste, een kind van 4 dagen, had een klein ventrikelseptumdefect. Een meisje van 20 maanden had een grote linker boezem door onbekende oorzaak. Bij 6 patiënten was geen organisch hartgebrek te vinden. Een PVT kwam 13 keer voor; de kamerfrequentie liep uiteen van 66 tot 250 slagen per minuut. Een vierstal had afwisselend PVT of PVF en de patiënt met de verlengde QT-tijd had PVF. De ritmestoornis moest bij 9 patiënten door elektrische prikkeling van rechter boezem of kamer worden beëindigd en verdween bij de overigen spontaan of met hulp van medicamenten (propranolol, kinidine of disopyramide). Drie patiënten konden een PVT door submaximale inspanning tijdelijk onderdrukken, maar in rust kwam de afwijking terug. Buiten de aanvallen toonde het ECG 17 keer een normaal sinusritme, 1 maal boezemfibrilleren, 14 keer normale QRS-complexen en overigens een incompleet of compleet linker of rechter bundeltakblock. Hartkloppingen kunnen niet alleen bij oude maar ook bij jonge mensen wijzen op een ernstige ritmestoornis.

Literatuur: ARMBRUST, C. A., S. A. LEVINE (1950) *Circulation I*, 28. — HERRMANN, G. R., H. M. PARK en M. R. JEJTMANCIK (1959) *Amer. Heart J.* 57, 166. — PEDERSEN, D. H., D. P. ZIPES, P. R. FOSTER e.a. (1979) *Circulation* 60, 988.

S. BERREKLOUW

INGEZONDEN

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

Dokter, ik heb zo'n buikpijn

In zijn klinische les beschrijft MEUWISSEN (1980a) het gebruik van de basale-temperatuurcurve (BTC) als diagnostisch middel bij de klacht buikpijn. Het vervaardigen van een BTC vergt nogal wat inspanning van de patiënte. Vrouwen met buikpijn die naar MEUWISSEN verwezen worden, dienen zich die inspanning zeker te getroosten, want — ik citeer: „...Zeker deze patiënten verdienen onze uiterste aandacht.” Hoe het de 17-jarige patiënte D verging, wordt beschreven. Een „met de Franse slag” geproduceerde BTC levert het volgende op: „...Was de opdracht te zwaar of de klacht in feite toch niet zo ernstig?” Voor straf zal patiënte D met haar moeder even later beuterd buiten op de stoep staan: „Na een tweede gynaecologisch onderzoek hebben we patiënte en haar moeder geruststellend benaderd, de 17-jarige geadviseerd

„zich haaks te houden” en aan sport te gaan doen. Moeder werd gevraagd zo weinig mogelijk aandacht aan de problemen van haar dochter te schenken.” De zeer waarschijnlijk psychogene buikpijn van patiënte D paste niet in het BTC-schema, en zelfs haar moeder, die „was meegekomen om te voorkomen dat de klachten niet au sérieux genomen zouden worden” heeft daar niets aan kunnen veranderen. Verder zegt een opmerking als „soms blijkt dat de klachten, na het verzoek een curve te maken, spontaan verdwenen te zijn” mij niets zolang dit niet wordt uitgewerkt.

In een tweede artikel bespreekt MEUWISSEN (1980b) het formulier, dat „zorg dient te dragen voor een optimale instructie”. Wat zou de auteur onder „optimale instructie” verstaan, als in punt 4 staat: „rectaal de lichaamstemperatuur opnemen” en in punt 5 gesproken wordt over „spanningen in baarmoeder of eierstokken” die buikpijn kunnen

veroorzaken. MEUWISSEN betoogt tot slot dat men verregaande conclusies kan verbinden aan de wijze waarop de curve is opgesteld, nauwgezet dan wel onverschillig. Ik kan er slechts één bedenken: wie weet zegt dat meer over de dokter dan over zijn patiënte.

Literatuur: MEUWISSEN, J. H. J. M. (1980a) *Ned. T. Geneesk.* 124, 65; (1980b) 124, 83.

Amsterdam, januari 1980

L. ZEGERIUS

De reactie van ZEGERIUS laat aan duidelijkheid niets te wensen over. Een ieder zal zich daarover zonder moeite een oordeel kunnen vormen en commentaar van mijn kant lijkt dan ook overbodig.

Een uitzondering zou ik willen maken voor zijn conclusie waar hij naar mijn mening ten onrechte ten aanzien van patiënte D stelt: „de zeer waarschijnlijke psychogene buikpijn”. Ik spreek niet graag van psychogene klachten. Als ZEGERIUS dan toch wil etiketteren, dan zou de benoeming *functionele* klachten beter zijn. Dysmenorroe kan functioneel zijn en, indien ernstig, behandeling behoeven. Het is de kunst uit te maken of de klachten zo ernstig zijn dat medicamenteuze behandeling nodig is. De basale-temperatuurcurve kan hierbij een goed hulpmiddel zijn.

De klinische les was bedoeld om aandacht te vragen voor een eenvoudige methode die het mogelijk maakt om in een aantal gevallen zonder uitgebreide onderzoeken met de hulp van de patiënte tot een goede diagnose te komen. Ik ken de functie van ZEGERIUS niet, maar als zij of hij een ervaren medicus practicus zou zijn, waren mijn bedoelingen wellicht begrepen.

Eindhoven, februari 1980

J. H. J. M. MEUWISSEN

De frequentie van gynaecologisch onderzoek bij pilcontrole

Wanneer collega WIBAUT (1979) gynaecologisch onderzoek bij vrouwen die komen voor „pilcontrole” overbodig acht, dient m.i. verschil te worden gemaakt tussen controle door huisarts en gynaecoloog. Door opleiding en ervaring zal de gynaecoloog eventuele afwijkingen vaker en in een vroeger stadium vaststellen dan de huisarts. Er zijn vrouwen die de „pilcontrole” door een gynaecoloog willen laten verrichten. Zij zullen het in de regel niet acceptabel vinden wanneer de gynaecoloog daarbij geen gynaecologisch onderzoek verricht.

De mening van collega WIBAUT dat vrouwen met myomen minder fertiel zijn en daarom minder behoefte aan anticonceptie hebben, wordt vaker gehoord, maar de juistheid hiervan is nooit bewezen. Afgezien van de zelden voorkomende situatie dat in elke tubahoek een myoom is gelokaliseerd die de pars intramuralis tubae afsluit, zijn er geen redenen te bedenken waarom uterusmyomen de fertiliteit ongunstig zouden kunnen beïnvloeden; mogelijk geven ze wel een verhoogde kans op abortus. Er is m.i. geen bezwaar om vrouwen met een uterus myomatosus een oraal anticonceptivum te laten gebruiken, mits dit een combinatie-preparaat betreft met een gestagee overwicht. Het voordeel is dat de hypermenorroe, die bij vrouwen met een uterus myomatosus vaak wordt gezien, daardoor gunstig wordt beïnvloed. Een IUD is bij uterus myomatosus wel gecontraïndiceerd, tenzij het cavum uteri een normale vorm heeft en geen hypermenorroe bestaat.

Literatuur: WIBAUT, F. P. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2230.

Groningen, januari 1980

J. KREMER

Terecht wijst collega KREMER op het verschil tussen pilcontrole bij de gynaecoloog of bij de huisarts. Bij de gynaecoloog wordt daarbij als routine iedere patiënt onderzocht; bij de huisarts is gynaecologisch onderzoek bij vrouwen zonder klachten een uitzondering; dit is – ten onrechte – alleen bij pilcontrole regel geworden. Ik heb erop willen wijzen dat de gynaecologische risico's van vrouwen – of ze de pil nu wel of niet gebruiken – niet verschillen.

Met de aanvullende opmerkingen van collega KREMER over gebruik van de pil bij uterus myomatosus wil ik gaarne instemmen.

Amsterdam, februari 1980

F. P. WIBAUT

Nobelprijs voor geneeskunde en fysiologie 1979

Opgeleid bij dr. JAMES AMBROSE in de CT-scanning van de hersenen in het Atkinson Morley's Hospital te Wimbledon, heb ik het voorrecht gehad aan de wieg te staan van de „CT-scanning”. Daarom reageer ik hier op het artikel van PEETERS e.a. (1979) omdat helaas de naam AMBROSE niet is genoemd, terwijl hij het juist was die de idee heeft gehad een hoofd in de CT-scanner te plaatsen i.p.v. alle mogelijke andere voorwerpen. Ook was het AMBROSE die in april 1972 op het jaarlijkse congres van het „British Institute of Radiology” de ontwikkeling van deze nieuwe techniek, die de gehele radiologische wereld deed opzien, aankondigde; in 1973 nog gevolgd door zijn artikel over de „brainscanning”, waarin hij toen reeds zeer vèrgaande diagnostische mogelijkheden van de CT-scanner aangaf. Door de samenwerking van GODFREY HOUNSFIELD en AMBROSE werd dan ook het prototype van de te CT-scanner ter wereld gebouwd in een aanbouwje aan het overigens zeer oude Atkinson Morley's Hospital.

Literatuur: PEETERS, F., B. VERBEETEN en H. W. VENEMA (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2192.

Rijswijk, januari 1979

H. KETELAAR

De gang van onderzoek bij een patiënte die op cytologische gronden verdacht wordt van carcinoma colli uteri

Naar aanleiding van de klinische les van de collegae JANSSENS en OOSTERHUIS (1979) en het door hen naar aanleiding daarvan geschreven commentaar merken wij het volgende op:

Vanaf 1975 vindt – na een toezegging van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Tweede Kamer – cytologisch bevolkingsonderzoek naar cervixcarcinoom plaats bij vrouwen tussen 35 en 55 jaar in 19 regionale pathologisch-anatomische laboratoria, die – onder meer ter financiering van de laboratoriumkosten – een overeenkomst hebben afgesloten met het Rijks Insti-