

veroorzaken. MEUWISSEN betoogt tot slot dat men verre-gaande 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 aanbouwtje 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-

tuut voor de Volksgezondheid. Opdat bij dit bevolkingsonderzoek zowel proces- als effectevaluatie zou kunnen plaatsvinden, werden – in overleg met de coördinerende patholoog-anatomen van alle deelnemende laboratoria – in april 1979 een uniforme tekst voor een beschrijvende diagnose, een uniforme PAP-classificatie en een uniforme advisering afgesproken (zie tabel).

Beschrijving	PAP-code	Advisering
Geen afwijkingen	I	geen advies
Geprikkeld epitheel	II	geen advies
Ontsteking en infectie	II	geen advies
Geringe dysplasie	IIIA	cytologie na 6 mnd.
Matige dysplasie	IIIA	cytologie na 3 mnd.
Atypische cellen	IIIA	cytologie na 3 mnd.
Ernstige dysplasie	IIIB	cytologie na 1 mnd. +histologie
Sterk atypische cellen	IIIB	cytologie na 1 mnd. +histologie
Carcinoma in situ Verdacht	IV	histologie
adenocarcinoom	IV	histologie
Invasief plaveiselcarcinoom	V	histologie
Adenocarcinoom	V	histologie

Het door collegae JANSSENS en OOSTERHUIS als aanvulling op de klinische les geschreven commentaar geeft ons aanleiding tot de volgende opmerkingen:

PAP I bevolkingscytologie. Deze diagnose geeft – in het kader van het bevolkingsonderzoek – geen aanleiding tot herhaald onderzoek binnen drie jaar. Aangenomen mag worden dat de desbetreffende vrouw bij voortgezet bevolkingsonderzoek en handhaving van het bestaande herhalingsinterval uiteraard na 3 jaar zal worden gecontroleerd.

PAP II bevolkingscytologie. Indien er aanwijzingen voor een infectie bestaan, kan advies voor behandeling worden gegeven. Indien bij overigens niet verontrustende geringe celatypie herhaling van het onderzoek na 3 jaar niet verantwoord wordt geacht, verdient het aanbeveling reeds na 1 jaar herhaald onderzoek te verrichten.

PAP IIIA bevolkingscytologie. Voor het bevolkingsonderzoek is zowel de geringe als de matige dysplasie (alsmede atypische cellen) gerangschikt onder PAP-code IIIA met dien verstande dat voor geringe dysplasie het cytologisch onderzoek na 6 maanden wordt herhaald, terwijl voor matige dysplasie en atypische cellen een herhalingsinterval van 3 maanden wordt aangehouden.

De collegae JANSSENS en OOSTERHUIS classificeren geringe dysplasie (door hen lichte dysplasie genoemd) als PAP II, dit in tegenstelling tot de in het kader van het bevolkingsonderzoek afgesproken classificatie. In beide gevallen geldt echter het advies voor herhaald cytologisch onderzoek na 6 maanden.

PAP IIIB bevolkingscytologie. Het sterk atypische beeld wordt door de collegae JANSSENS en OOSTERHUIS niet expliciet genoemd. Aangenomen wordt dat advisering als voor ernstige dysplasie geldt.

PAP IV en PAP V. Classificatie en advisering wijken niet af. Aangenomen wordt dat de diagnoses verdacht voor adenocarcinoom en adenocarcinoom onder PAP-code IV respectievelijk PAP-code V worden gerangschikt.

Concluderend kan worden gesteld dat – behalve ver-

schillen in interpretatie van enkele diagnoses in relatie tot de aanbevolen PAP-classificatie – ook in de adviezen ter zake van (herhaald) cytologisch en (of) histologisch onderzoek soms opmerkelijke verschillen bestaan.

Ondergetekenden stellen het op prijs een en ander onder de aandacht te brengen ten einde te voorkomen dat bij behandelende geneeskundigen onnodige verwarring ontstaat. Op grond van afspraken met landelijke geldigheid voor een door de overheid gesubsidieerd onderzoek wordt gepleit voor uniformiteit, waarbij de voorkeur ware te geven aan de in het kader van het bevolkingsonderzoek gangbare classificatie, diagnosebeschrijving en advisering.

Literatuur: JANSSENS, J. en J. W. OOSTERHUIS (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2049 en 2064.

Nijmegen,
Enschede,
Bilthoven,
januari 1980

G. J. P. VOOYS
namens de proefregio's
F. C. KUIPERS,
namens de regionale laboratoria
F. J. RUITENBERG,
namens het RIV

Het is een gelukkige omstandigheid dat onze klinische les en het naar aanleiding ervan geschreven commentaar aanleiding heeft gegeven tot publikatie van wat blijkbaar onderling tussen proefregio's, regionale laboratoria en RIV is afgesproken. Wij betreuren het dat deze afspraken ook niet aan ons ter kennis zijn gebracht en dat aan die indeling verder ook geen algemene bekendheid via de wetenschappelijke media is gegeven. Wij zouden ons dan aan de indeling – die op zichzelf bruikbaar is – hebben gehouden.

Dit laatste betekent overigens niet, dat wij de gegeven indeling op alle punten ideaal vinden. Met name onderbrengen van geringe en matige dysplasie in een zelfde PAP IIIA-code met verschillend cytologisch herhalingsonderzoekadvies geeft onzes inziens gemakkelijk aanleiding tot verwarring.

Groningen, februari 1980

J. W. OOSTERHUIS
J. JANSSENS

Veranderingen in de etiologie van erythema nodosum

Het goed gedocumenteerde artikel van prof. VAN DIJK (1980) over het verschijnsel erythema nodosum(EN), en de verwijzing daarin naar Vraag 37 (1979) over oriënterend onderzoek naar de oorzaak van EN, brengt mij tot enkele opmerkingen vanuit de praktijk van de Consultatiebureaux voor Tuberculose-bestrijding.

Terecht wordt gewezen op de relatieve vermindering van de betekenis van de tuberculose bij de etiologie van EN; de besmettingsincidentie onder de Nederlandse bevolking is immers gedaald tot globaal 20 per 100.000 inwoners per jaar, terwijl een aantal van ca. 400 bacillaire (caverneuse) gevallen per jaar geregistreerd wordt. Daarbij wordt echter de opsporing van deze bronnen steeds belangrijker wegens het risico van explosies bij het blijven circuleren van deze nog onbekende bronnen onder de vooral jeugdige – tuberculine-negatieve – bevolkingsgroepen. Daar het gecombineerde „patients and doctors delay” bij de opsporing van bacillaire longtuberculose van de orde van 2,6 maanden is (STYBLO en MEYER (1979), is elke aanleiding om aan een besmetting te denken, waardoor centripetaal contacton-