

## Verloskunde en vrouwenziekten

### *Cryochirurgische behandeling van dysplasie en carcinoma in situ van de cervix uteri*

Er gaan steeds meer stemmen op om dysplasie en carcinoma in situ van de cervix niet meer met conisatie te behandelen maar met cryochirurgie. Bij bevriezing van het cervixweefsel wordt minder materiaal verwijderd zodat de cervix beter kan blijven functioneren.

ELMFORS en STORMBY (1979) beschreven hun ervaringen bij 22 vrouwen met een ernstige dysplasie en 89 met een carcinoma in situ. Alle vrouwen waren jonger dan 40 jaar. Na de proefbiopsieën verkreeg men bij 20 vrouwen normale uitstrijkjes, hoewel histologisch onderzoek van het verwijderde weefsel bevestigde dat de aandoening premaligne was. Deze vrouwen werden 4 tot 6 jaar gevolgd, waarbij door middel van uitstrijkjes geen recidief kon worden aangetoond. Bij de resterende 91 vrouwen bleven de uitstrijkjes na het histologisch onderzoek suspect en werd tot cryochirurgie overgegaan. Na één behandeling bleven de uitstrijkjes goed bij 78 vrouwen (86%) gedurende een observatietijd van 2 tot 6 jaar. Bij 11 van de 17 patiënten die na deze behandeling suspecte uitstrijkjes hielden, deed men nogmaals cryochirurgie en bij 6 een conisatie. Na de tweede cryochirurgische behandeling werden bij 8 van de 11 de uitstrijkjes gunstig en de 3, bij wie dit niet gebeurde ondergingen alsnog een conisatie, zodat in totaal 9 keer een conisatie werd uitgevoerd.

De auteurs bereikten met cryochirurgie een genezingspercentage van 90. Bij 48 vrouwen (53%) bedroeg de follow up-periode ten tijde van de publicatie 5 tot 6 jaar. Bij 62 vrouwen namen de schrijvers 1 jaar na de cryochirurgische behandeling weefsel af door curettage van de endocervix en multipale biopten van de ectocervix voor histologisch onderzoek. Het resultaat was: geen afwijkingen bij 53 vrouwen, een lichte atypie bij 7 en bij 2 toch een rest van carcinoma in situ.

Hoewel het nog niet bewezen is, dat cryochirurgie op de lange duur een geschikte methode is ter behandeling van precancereuse cervixafwijkingen, bevelen de auteurs deze behandeling toch aan, met name voor vrouwen onder de 40 jaar, gezien de voordelen bij een eventueel op deze behandeling volgende zwangerschap.

*Literatuur:* ELMFORS, B. en N. STORMBY (1979) *Brit. J. Obstet. Gynaec.* 86, 917.

P. G. HART

J. H. J. M. MEUWISSEN

## INGEZONDEN

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

### *Meting van de regionale cerebrale doorbloeding*

Collega GELMERS (1980) geeft in zijn artikel over de mogelijkheden van de meting van regionale cerebrale doorbloeding de indicatiegebieden aan voor het onderzoek met isotopen. De methode is traumatisch, of indien door middel van inhalatie verricht, in ieder geval niet geheel zonder gevaar. Alle door hem aangehaalde indicatiegebieden zijn thans ook te onderzoeken door middel van een niet trau-

*matie en zeer waarschijnlijk ongevaarlijke methode waarbij ultrageluid wordt toegepast. Hierbij doel ik op de methode waarbij door middel van het Doppler-effect de doorstromingssnelheid van bloed door extracraniële vaten kan worden vastgesteld. Voor stenosen in het extracraniële cerebropetale vaatbed is deze methode uiterst betrouwbaar (COLON, DE WEERD, NOTERMANS e.a. 1979). Ook voor de door GELMERS genoemde indicatiegebieden zoals hypertensie (JONKMAN 1979), normal pressure hydrocephalus (SCHOONDERWALD, COLON, HOMMES e.a. 1978) en migraine*

*Hoe lang kan een koperhoudend intra-uterien pessarium in situ blijven?*  
Niet koperhoudende IUD's kunnen, als er geen menometrorragieën, dysmenorroe of andere klachten ontstaan, vele jaren in situ blijven (BIELFELDT en LIEGMANN 1979). Voor koperhoudende IUD's wordt, wegens de verminderende afgifte van koperionen, vervanging na twee tot drie jaar geadviseerd. Onlangs werd in een referaat (1980) over de betrouwbaarheid van koperhoudende IUD's de aandacht gevestigd op een artikel van HUBER e.a. (1979), waaruit onder meer zou blijken, dat ook een koperhoudend IUD betrouwbaarder wordt naarmate het langer in situ is. Twijfel dus over de te volgen beleidslijn!

De ervaringen met een koperhoudend IUD met een „zwaardere” koperlading, het T Cu 220C, dat langer koperionen afgeeft en derhalve een langere werkingsduur zou hebben, lijken in dit verband van belang. VAN DER PAS e.a. (1980) brachten in een onderzoekperiode van zes jaar bij 947 vrouwen, die geen zwangerschap wensten, een T Cu 220C IUD in de uterus. De jaarlijkse cumulatieve zwangerschapscijfers waren: in het eerste jaar 1,3 en vervolgens 2,8, 3,9, 4,7, 5,6 en 5,6. Evenals in het onderzoek van HUBER (1979) blijkt dat de meeste zwangerschappen ontstaan in de eerste IUD-jaren; na het derde jaar gebeurt dit nog maar zelden. Het verloop van de verkregen cijfers lijkt overigens veel op dat van de zwangerschapscijfers die TIETZE en LEWIT (1968) voor niet-koperhoudende IUD's vaststelden: in het eerste jaar 2,1 en vervolgens cumulatief: 4,2, 5,5, 7,0, 7,7 en 8,6.

Als men deze cijfers beziet, zou men tot de conclusie kunnen komen dat het toevoegen van koper aan een IUD de kans op ongewenst zwanger worden in de beginperiode vermindert, maar later van weinig betekenis is. Na drie jaar is de kans op zwangerschap, zowel voor koperhoudende als voor niet-koperhoudende IUD's, zeer klein. Argumenten om koperhoudende IUD's na een aantal jaren te vervangen zijn ontleend aan theoretische overwegingen, die in de praktijk niet bevestigd worden. Op grond van de besproken gegevens lijkt het verantwoord en verstandig om ook koperhoudende IUD's pas te verwijderen als daarvoor een praktische aanleiding bestaat.

*Literatuur:* BIELFELDT, H. en B. LIEGMANN (1979) *Gebursh. u. Frauenheilk.* 39, 384. – HUBER, A., G. MIKUZ en G. COLLESELLI (1979) *Gebursh. u. Frauenheilk.* 39, 857. – PAS, H. VAN DER, M. THIERY, A. HASPELS e.a. (1980) *Contracept. Deliv. Syst.* 1, 1. – Referaat (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 660. – TIETZE, C. en S. LEWIT (1968) *Demography* 5, 931.

(COLON 1980) worden met de Doppler-methode dezelfde resultaten bereikt. Bij al deze aandoeningen zijn namelijk de afwijkingen in het intracranieële vaatbed zodanig dat deze ook in de extracranieële cerebropetale vaten zijn terug te vinden. Mijns inziens is dan ook de door GELMERS beschreven methode van isotopenonderzoek voor zover het de directe klinische toepassing betreft, volledig te vervangen door de Doppler-neurosonologie. Deze laatste methode is behalve ongevaarlijk en niet-traumatisch ook goedkoop en makkelijk te herhalen. Uiteraard blijft het isotopenonderzoek voor de research van de intracranieële vaatstructuur noodzakelijk, waarbij echter zeker ook het met behulp van de computer geanalyseerde EEG genoemd moet worden. Ik denk voor dit laatste in het bijzonder aan de lokale verandering tijdens bijv. rekenen, die zowel in het EEG als bij het isotopenonderzoek naar voren komt. Ook hier kan echter weer de vraag rijzen of het niet-traumatische (computer) EEG niet te verkiezen is boven de isotopen-methode.

*Literatuur:* COLON, E. J., J. DE WEERD, S. L. H. NOTERMANS e.a. (1979) *Clin. Neurol. Neurosurg.* 81, 108. – COLON, E. J. (1980) *T. Geneesk.* Ter perse. – GELMERS, H. J. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1112. – JONKMAN, E. J. en P. C. MOSMANS (1977) *Clin. Neurol. Neurosurg.* 80, 33. – SCHOONDERWALDT, H. C., E. COLON, O. R. HOMMES e.a. (1978) *J. Neurol.* 218, 17.

Nijmegen, juli 1980

E. COLON

Het is jammer dat de bedoeling van mijn artikel bij collega COLON kennelijk niet goed is overgekomen. Ik heb slechts de principes en de uitvoering van de meting van de regionale cerebrale doorbloeding (rCBF) willen beschrijven, alsmede een aantal resultaten. Nergens bespreek ik indicatiegebieden en evenmin weeg ik deze methode af tegen andere. Ook al wegens de beperkte ruimte in deze rubriek, zou ik hiermee kunnen volstaan. Toch noopt collega COLON mij op te merken dat het meten van de stroomsnelheid van bloed in extracranieële cerebropetale vaten met behulp van het Doppler-effect, iets fundamenteel anders is dan een kwantitatieve meting van de weefsel-doorbloeding volgens een principe zoals door mij beschreven (GELMERS, 1980). Er worden derhalve niet vergelijkbare resultaten verkregen. Hoewel de informatieve waarde van het rCBF onderzoek voor de kliniek van alledag zeker beperkt is (GELMERS 1979; GELMERS en BEKS 1980) neemt dit niet weg dat het, in ervaren handen, een nagenoeg risicoloze methode is (INGVAR en LASSEN 1973; GELMERS 1978), die op fundamentele vragen, opgeworpen door diezelfde kliniek van alledag, bescheiden, maar gepaste antwoorden kan geven, en daarmee een plaats opeist temidden van het scala van aanvullende onderzoeken (LASSEN en INGVAR 1977; DESHMUKH en MEYER 1978).

*Literatuur:* DESHMUKH, V. D., J. S. MEYER (1978) *Non-invasive measurement of regional cerebral blood flow in man.* Spectrum, New York. – GELMERS, H. J. (1978) *Regional cerebral blood flow.* Van Gorcum, Assen; (1979) *Neurosurg. Rev.* 2, 133; (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1112. – GELMERS, H. J., J. W. F. BEKS (1980) *Clin. Neurol. Neurosurg.* Ter perse. – INGVAR, D. H. en N. A. LASSEN (1973) *Stroke* 4, 658. – LASSEN, N. A. en D. H. INGVAR (1977) In: *Advances and Technical Standard in Neurosurgery*, Vol. 4, bl. 3. Springer, Wenen.

Groningen, augustus 1980

J. H. GELMERS

## Obsoleet maakt onbemind

De klinische les van prof. LUYENDIJK (1980) belicht een uitermate belangrijk aspect van het diagnostisch handelen in de geneeskunde. Het gaat daarbij namelijk om de keuze van methoden van onderzoek die met de geringste belasting voor de patiënt de grootst mogelijke informatie opleveren. Wij zijn het niet met LUYENDIJK eens waar deze stelt: „In een opeenvolging van onderzoekmethoden wordt gewoonlijk aan de resultaten van de laatste aanwinst de onbetwistbaar hoogste autoriteit verleend”. Veelal geschiedt ten onrechte het omgekeerde; de oude methoden worden naast de nieuwe onverminderd toegepast. De enige juiste werkwijze is dat de oude methoden naast de nieuwe een eigen indicatiegebied krijgen.

Wanneer men de plaats van oude en nieuwe methoden in de reeks van diagnostische methoden kritisch wil evalueren is de eerste voorwaarde, dat ieder van die methoden lege artis wordt toegepast. In dat opzicht is LUYENDIJK in zijn klinische les tekort geschoten, wanneer hij bij patiënte C stelt: „De computertomografie heeft echter niet aan de verwachtingen voldaan wat de exacte diagnose betreft”. Bij deze patiënte bestond er namelijk, zoals LUYENDIJK aangeeft een verdenking op een tumor in de hersenen. Verdenking op een hersentumor is een erkende indicatie voor de toepassing van contrastversterking door middel van een intraveneus toegediend contrastmiddel bij de computertomografie. Als bij deze patiënte C contrastversterking had plaatsgevonden, dan zou de ware aard van het proces, namelijk een abces zeker zijn aangetoond. Er is in dergelijke gevallen dan ook geen indicatie meer voor carotisangiografie om het proces te diagnostiseren. Ook bij patiënte D is de computertomografie in eerste instantie niet lege artis uitgevoerd. Ware ook bij deze patiënte computertomografie met contrastversterking toegepast, dan had niet „teruggelaten” behoeven te worden op radio-isotopenscintigrafie. Deze patiënte heeft nu tweemaal computertomografie moeten ondergaan en eenmaal het in dit geval overbodige isotopenonderzoek. De stelling van LUYENDIJK „In een aantal gevallen echter blijken onderzoekmethoden uit voorgaande perioden ons zeer zeker nog van dienst te kunnen zijn en de resultaten van de meest moderne methoden te overtreffen” is een oude, veel beproefde stelling. Zo leerden wij al op de collegebanken dat de stethoscoop niet obsoleet is geworden na de ontdekking van de röntgenstralen. De stelling zal bij elke vernieuwing in de diagnostiek telkens weer actueel blijken te zijn. Men moet echter niet, om deze stelling te staven, patiënten demonstreren waarbij het onderzoek niet lege artis werd verricht.

*Literatuur:* LUYENDIJK, W. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 721.

Amsterdam, mei 1980

B. W. J. M. VERBEETEN JR.  
F. L. M. PEETERS

In zijn klinische les „Obsoleet maakt onbemind”, schildert collega LUYENDIJK (1980) op boeiende wijze welke belangrijke plaats de röntgendiagnostiek klaarblijkelijk inneemt in het diagnostisch denken van de neurochirurg. Niettemin suggereert de titel, zowel als het slotcommentaar, dat bepaalde (neuro)radiologische methoden niet meer zouden worden toegepast, onder meer tengevolge van de komst van de computertomograaf. Noch de dagelijkse praktijk, noch de radiologische literatuur steunen de-