

na vele maanden of zelfs jaren openbaren. Het is dan ook te hopen dat dit in opzet zeker waardevolle onderzoek nog lange tijd zal worden voortgezet. (Het aantal wegens metastasen geopereerden was te klein: 12, van wie 4 fenytoïne kregen en 8 een placebo. Dat er in beide subgroepen 1 maal postoperatieve epilepsie voorkwam, heeft statistisch geen betekenis.)

Tot slot moet nog wel worden opgemerkt dat het m.i. een tekortkoming is dat nergens melding wordt gemaakt van elektro-encefalografisch onderzoek. Dit onderzoek, dat juist bij epilepsie zulke specifieke afwijkingen kan aantonen, is toch ongetwijfeld van belang in sommige gevallen ter beoordeling van de wenselijkheid of anti-epileptische medicatie moet worden voortgezet of niet.

Literatuur: NORTH, B. J., A. HANIEH, R. G. CHALLEN e.a. (1980) *Lancet* I, 384.

A. C. DE VET

Dermatologie

Prognostische index bij maligne melanoom

Het meten van de maximale dikte van maligne melanomen volgens Breslow blijkt een nauwkeuriger methode te zijn ter bepaling van het metastaseringsrisico dan de indeling in vijf niveaus van dieptegroei volgens Clark. SCHMOECKEL e.a. (1980) betogen dat de prognostische index, d.i. het produkt van tumordikte en mitose-index (het maximale aantal mitosen per mm^2), een nog betere schatting van het metastaseringsrisico mogelijk maakt. Zij deden bij 430 patiënten, die chirurgisch waren behandeld voor een primair melanoom zonder metastasen, een retrospectief onderzoek. Bij 218 patiënten waren alsnog me-

tastasen ontstaan, terwijl 212 minstens vijf jaar vrij van uitzaaiingen bleven. Van allen werden de histologische coupes beoordeeld op de mate van dieptegroei volgens de methode van Clark, op tumordikte volgens de methode van Breslow en op mitotische activiteit door bepaling van de mitose-index. Tevens werd de prognostische index berekend. Alle vier de parameters bleken een duidelijke prognostische betekenis te hebben wat betreft het metastaseringsrisico. Er was geen correlatie tussen tumordikte en mitose-index; de prognostische index combineert dus twee onafhankelijke variabelen. De som van het percentage fout-positieve prognoses (patiënten met een ongunstige voorspelling, bij wie metastasen toch uitbleven) en fout-negatieve prognoses (patiënten met een goed lijkend vooruitzicht bij wie het melanoom toch metastaseerde) was bij de methode van Clark 39,3%, bij de methode van Breslow 27,7%, bij de mitose-index 23,5% en bij de prognostische index 20,9%. Ter illustratie: er ontstonden metastasen bij 10 van 14 patiënten met een tumordikte $\leq 1,5$ mm en een mitose-index > 10 per mm^2 , d.i. bij 71,4%, terwijl het bij 11 van 24 patiënten met een tumordikte > 3 mm en een mitose-index ≤ 5 per mm^2 tot uitzaaiingen kwam, d.i. bij 45,8%.

Hoewel verscheidene onderzoekers aan de mitose-index prognostische betekenis toekennen, is de waarde van de mitose-index nog omstreden. De bevindingen van SCHMOECKEL c.s. waarover het eerst in 1977 werd gerapporteerd, zijn nog niet door anderen bevestigd. Ook kan men twifelen over de statistische bewerking van de gegevens. Niettemin lijkt deze benadering verder onderzoek waard met het oog op eventuele profylactische maatregelen bij patiënten met een hoog metastaseringsrisico.

Literatuur: SCHMOECKEL, CH., K. KAVIANI NEJAD en O. BRAUN-FALCO (1980) *Der Pathologe* I, 71.

P. C. VAN VOORST VADER

INGEZONDEN

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

Het typische van de atypische angina pectoris

Gaarne maak ik een kanttekening bij de klinische les van de cardiologen VAN EKELN en ROBLES DE MEDINA (1980). Naar mijn mening kunnen alle vormen van angina pectoris – en van alle orgaanafwijkingen en klachtenpatronen – even eenvoudig als aannemelijk worden verklaard door de sedes morbi te situeren óf in de perifeer organische óf in de centraal organische pool van het circuit tussen orgaan en cerebrum (met of zonder irradiatie en in verbinding treden met het bewustzijn). Of anders uitgedrukt: disfunctioneren is in hoofdzaak óf van perifeer organische óf van centraal cerebrale aard; in het laatste geval inclusief de daaraan ten grondslag liggende en daarmee gepaard gaande „ziekmaakende” spanningen en spasmen. Deze verklaring wint aan aanvaardbaarheid door bij het (dis)functioneren de „gehele” mens te betrekken met diens (zelf)beïnvloeding en belevingsvormen, waardoor het aantal typische en atypische mogelijkheden even groot is als het aantal individuen. Uiteraard zal de oorzaak van de typische vorm van angina pectoris meer van perifere aard zijn, van de atypische meer van centrale; in het laatste geval al of niet gecombineerd

met een secundaire of primair activerende, (nog) niet of nauwelijks aantoonbare perifere aandoening.

Naar mijn mening wordt te weinig beseft dat een klacht – ook indien overdreven, gefantaseerd of gelogen aandoend – een werkelijkheid weergeeft: de projectie van de cerebrale gesteldheid op dat ogenblik. Dit heeft als consequentie dat de patiënt/consultant altijd au sérieux dient te worden genomen. Kwalificaties als „neurotisch” en „u zult ermee moeten leren leven” verraden gebrek aan inzicht bij de arts/consultant in het (individuele) wezen van (het gedrag van) de patiënt/consultant. De werkelijkheid van een klacht noopt tot zorgvuldigheid bij het opnemen van de anamnese. Een dergelijke aanpak van het ziektegeval zal de praktijkvoering van huisarts en specialist vergemakkelijken, in tegenstelling met het vermoeden van de auteurs inzake het effect van hun bespreking.

Literatuur: EKELN, W. A. A. J. VAN en E. O. ROBLES DE MEDINA (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1233.

's-Gravenhage, juli 1980

H. K. SCHEFFER