

Met belangstelling hebben wij het artikel van collega STEFFELAAR (1980) gelezen. Wij zouden echter gaarne enkele vragen en opmerkingen willen plaatsen:

1. Het aantal nieuwe patiënten met chorioncarcinoom na een zwangerschap in Nederland wordt door collega Steffelaar opgegeven als 20 per jaar. Uit de Verslagen van de Werkgroep Chorioncarcinoom in Nederland uit 1979 en 1980 is gebleken dat het aantal patiënten met persisterende trofoblast in de jaren 1979 en 1980 respectievelijk 25 en 28 heeft bedragen. Van dit aantal is bij respectievelijk 8 en 7 patiënten histologisch een chorioncarcinoom aangetoond. De behandeling wordt gestart met het vervolgen van de HCG-concentratie in het serum als enige parameter.

2. Tot onze spijt noemt collega Steffelaar niet de mogelijkheid om patiënten met een mola hydatidosa aan te melden bij de Centrale Registratie van Mola Hydatidosa in Nederland. Dit project wordt sedert juni 1977 gesubsidieerd door het Praeventiefonds en de dagelijkse werkzaamheden worden uitgevoerd in het Sint Radboudziekenhuis te Nijmegen. Dit project is daarom zo belangrijk indien men bedenkt dat bij meer dan de helft van vrouwelijke patiënten met een chorioncarcinoom een mola hydatidosa is voorafgegaan.

In de gevallen waarbij na de evacuatie van de mola hydatidosa een goede follow-up plaatsvindt d.m.v. regelmatige meting van de HCG-concentratie in het serum kan een eventueel persisteren van trofoblast tijdig worden ontdekt en (chemotherapeutisch) behandeld, waardoor de kans op een fatale afloop beduidend wordt verminderd.

3. Wanneer collega Steffelaar spreekt over het meten van het  $\beta$ -HCG-gehalte in het serum zal hij waarschijnlijk bedoelen het HCG-gehalte in het serum, gemeten in een HCG- $\beta$  RIA-systeem.

4. Bij een tweede patiënte wordt niet ingegaan op de histologie van de spontane abortus. Is dit abortusmateriaal bekeken? De mogelijkheid dat toen reeds een trofoblastgezwel aanwezig was, blijft dus bestaan.

5. Het gebruik van orale anticonceptiva direct na de evacuatie van de mola hydatidosa is een controversieel punt. Inderdaad schrijft de groep van Bagshawe (STONE e.a. 1976) dat er een grotere kans bestaat op het persisteren van trofoblast indien orale anticonceptiva worden gebruikt direct na de evacuatie van de mola. De HCG-concentratie in het serum is dan nog niet genormaliseerd. De resultaten van een onderzoek verricht in de Verenigde Staten bij 1000 patiënten bevestigen deze mening niet (GOLDSTEIN e.a. 1979). Het belangrijkste is dat de desbetreffende patiënten gedurende een bepaalde periode een betrouwbare vorm van anticonceptie kunnen toepassen.

*Literatuur:* GOLDSTEIN, D. P., R. S. BERKOWITZ en S. M. COHEN (1978) *Current problems in obstetrics and gynaecology*, Vol. III, nr. 4. — STEFFELAAR, J. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 689. — STONE, M., J. DENT, A. KARDANS e.a. (1976) *Brit. J. Obstet. Gynaec.* 83, 913.

Nijmegen,  
Amsterdam, mei 1981

H. R. FRANKE  
P. KENEMANS  
E. K. J. RISSE  
J. G. STOLK  
C. M. G. THOMAS  
G. P. VOOLIS

Het is attent van collega FRANKE e.a. dat zij het door mij genoemde aantal van „ongeveer 20” nieuwe gevallen van chorioncarcinoom per jaar in Nederland, bedoeld als ge-

dachtenbepaling, zo fraai gespecificeerd opgeven voor de jaren 1979 en 1980.

Hoewel mijn klinische les chorioncarcinoom tot onderwerp heeft en niet mola hydatidosa, bestaat er ongetwijfeld verband tussen deze verschillende aandoeningen. Daarom kan ik mij de teleurstelling van collega Franke c.s. wel indenken, dat ik geen melding maakte van de Centrale Registratie van Mola Hydatidosa in Nederland, welke omissie in het bovenstaande door hen werd gecorrigeerd. Ten overvloede is het wellicht goed, erop te wijzen, dat weliswaar chorioncarcinoom in ongeveer de helft der gevallen wordt voorafgegaan door mola hydatidosa, doch dat deze laatste aandoening wel zeer veel vaker voorkomt dan chorioncarcinoom: voor de Verenigde Staten wordt een frequentie opgegeven van 1:2000 zwangerschappen. (Dat deze frequentie in delen van Azië en Centraal Amerika het tienvoudige bedraagt, is tot dusver onverklaard gebleven.) Echter, slechts bij 1,5-2,5% van deze patiënten wordt de mola gecompliceerd door het optreden van chorioncarcinoom.

Voor de opmerking onder punt 3 van collega Franke c.s. verwijs ik gaarne naar mijn naschrift bij het commentaar van de collegae Thomas en Houx.

Bij patiënte B uit mijn klinische les werd geen histologisch onderzoek verricht op het bij de abortus verloren weefsel en inderdaad is er de mogelijkheid van een toen reeds bestaande trofoblastaire aandoening. Ook als daarbij chorionvlokken zouden zijn waargenomen en eventueel zelfs (delen van) een foetus, kan toen reeds chorioncarcinoom aanwezig zijn geweest (evenals mola hydatidosa). In tegenstelling met de wijd verbreide opvatting, dat de aanwezigheid van chorionvlokken de diagnose chorioncarcinoom uitsluit, rapporteerden onlangs BREWER en MAZUR (1981) over 4 patiënten met gemetastaseerd chorioncarcinoom, tijdens zwangerschap ontstaan. In één geval resulteerde de zwangerschap via een keizersnede in de geboorte van een gezond kind; de 3 andere eindigden met intra-uteriene vruchtdood.

Graag dank ik collega Franke c.s. voor de aanvullende opmerkingen betreffende het gebruik van orale anticonceptiva tijdens de periode van behandeling en nacontrole van patiënten met trofoblastaire aandoeningen.

*Literatuur:* BREWER, J. I. en M. T. MAZUR (1981) *Amer. J. Surg. Pathol.* 5, 267.

Zwolle, juni 1981

J. W. STEFFELAAR

De klinische les van STEFFELAAR (1981) vestigt de aandacht op de grote bruikbaarheid van de tumormerkstoffen, waarvan de humaan chorion gonadotropine (HCG) een bijzonder fraai voorbeeld is. Terecht heeft hij op het probleem van de kruisreacties van deze glycoproteïne-hormonen gewezen, met name de kruisreactie van het luteïniserend hormoon (LH) bij de HCG-bepaling. Veelal wordt een HCG-bepaling, waarbij gebruik gemaakt wordt van een anti- $\beta$ -HCG-serum, ten ontechte  $\beta$ -HCG genoemd. De naam  $\beta$ -HCG fungeert nu als kwaliteitskeur waarbij HCG-waarden inferieur geacht worden. De  $\alpha$ -keten van LH en HCG is identiek. Dit is de reden dat antisera tegen HCG veelal een grote kruisreactie vertonen met LH.

In de jaren zestig werden de radio-immunologische bepalingen van LH uitgevoerd met een tegen HCG opgewekt antiserum (ODELL 1968). De verkregen waarden werden LH genoemd; dit is immers de stof die bepaald werd. Een antiserum tegen  $\beta$ -HCG opgewekt vertoont veelal een