

geschreven moet worden. In Amerika vond in de periode van 1965-1973 een stijging van 60% plaats van het aantal hysterectomieën, terwijl – zelfs als alle kwaadaardige aandoeningen van de uterus (inclusief carcinoma in situ) behandeld waren met hysterectomie – men slechts op 14% zou komen van het totale aantal dat in 1970 verricht werd (LYON en GARDNER 1977). De vraag is dan ook welke prijzen men wil betalen, in de zin van onnodige operaties. Dit ongewenste neveneffect is ook alleen via interventie-onderzoek vast te stellen. Interventie-onderzoek is dus noodzakelijk om de eventuele voor- of nadelen van screening op hun juiste waarde te kunnen schatten. Gezien het ontbreken van interventie-onderzoek is een juiste beoordeling van de zin van screening op baarmoederhalskanker dan ook niet mogelijk.

Literatuur: LYON, J. L. en J. W. GARDNER (1977) *Amer. J. Epidemiol.* 105, 439. – MILLER, A. B., J. LINDSAY en G. B. HILL (1976) *Int. J. Cancer* 17, 602. – STURMANS, F. (1980) *Controversen in de geneeskunde*. Deel 1, bl. 161. Bunge, Utrecht. – Vraag 57 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1723.

Nijmegen, november 1981

A. L. M. VERBEEK
F. STURMANS

Ook uit het antwoord op de destijds gestelde vraag blijkt, dat de beoordeling van het nuttige effect van de „screening” op cervixcarcinoom geen eenvoudige zaak is. Dit geldt zeker ook voor Nederland, waar de screening nog slechts gedurende enkele jaren op enigszins uitgebreide schaal plaatsvindt, en waar een landelijke kankerregistratie helaas nog ontbreekt. Gezien deze situatie zal men, als men een indruk wenst te krijgen over het nut van het screeningsonderzoek, zijn toevlucht voorlopig moeten nemen tot de buitenlandse literatuur. Indien deze zich bedient van sterftestatistiek, zal men deze uiteraard kritisch moeten beoordelen. De opvatting „dat daling van de sterftecijfers nooit gebruikt zou kunnen worden als argument voor de doeltreffendheid van screening” gaat onzes inziens te ver.

Peridurale injectie tegen zosterpijn

In het antwoord op vraag 64 (1981) zou ook gesteld kunnen zijn: Hoewel de zeer heftige pijn van sommige patiënten, lijdend aan een acute herpes zoster-infectie, bij verreweg de meesten in korte tijd verdwijnt, wordt telkens weer een beroep op de geneeskundige gedaan om deze pijn te verlichten. Hetzelfde geldt, in nog veel sterkere mate, voor postoperatieve pijn. De vraag van de behandeling van postoperatieve pijn blijft niettemin zeer actueel. Het is een essentiële taak van de geneeskundige om lijden te verzachten. Wetenschappelijk gezien is het juist om te stellen dat het oordeel over de waarde van de behandeling van acute herpes zoster-pijn met peridurale toediening van een depot-corticosteroid op een goed opgezet onderzoek dient te stoelen. Dergelijke onderzoeken worden overigens wel eens halverwege gestaakt als blijkt dat de behandelde groep duidelijk wordt bevoordeeld boven de placebogroep.

De behandeling van acute herpes zoster-pijn met depot-corticosteroiden is niet nieuw. Ik hoorde hiervan voor het eerst in 1975 tijdens een voordracht door dr. M. E. Sluijter, anesthesioloog, voor het Instituut voor Anesthesiologie van de R.K. Universiteit van Nijmegen. Naar onze afdeling werden slechts enkele patiënten met acute herpes zoster zonder bijkomende complicerende factoren verwezen. Bij

deze patiënten gaf een depot-corticosteroidinjectie periduraal of in het ganglion Gasseri (éénmaal) binnen 24 uur een dramatische vermindering van de ernstige klachten. Hoewel ik altijd zeer sceptisch sta tegenover de mogelijke resultaten van allerlei therapeutische methoden bij allerlei pijnsyndromen, meen ik, op grond van (deels eigen) ervaringen, dat een onderzoek naar de behandeling van acute herpes zoster-pijn door middel van toepassing van depot-corticosteroiden zeer is aangewezen, mede omdat deze therapie eenvoudig is en vaak poliklinisch kan geschieden.

Literatuur: Vraag 46 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1892.

Tilburg, november 1981

H. J. TEIJEN

Het door collega Teijen gestelde probleem is van belang. De kern hiervan is dat een behandelingswijze waarvan het gunstige effect niet statistisch is aangetoond zeer wel zo een effect kan hebben. Het noodzakelijke onderzoek kan bijvoorbeeld nog niet zijn verricht, met reeds verricht onderzoek was men misschien niet in staat een effect te detecteren door een te grote variatie van de meetfout. Zo zijn er meer situaties te bedenken. In zo een situatie kan de geneeskundige, die het als zijn essentiële taak ziet lijden te verzachten, naar een methode grijpen waarvan het gunstige effect niet is bewezen. Maar hij dient zich dit zeer goed te realiseren, ook al omdat hij niet alleen verantwoordelijk is voor het eventuele gunstige effect, maar ook voor de eventuele bijwerking. En eveneens dient hij zich te hoeden voor een bewijsvoering op grond van (deels eigen) ervaringen. Nog zij opgemerkt dat de zinsnede betreffende het halverwege staken van onderzoek inderdaad juist is en dat indien het „duidelijke” verschil significant is een dergelijk onderzoek als bewijs kan gelden. Maar betreffende de ter discussie staande behandelwijze is ook zo een halverwege gestaakt onderzoek niet bekend.

Tenslotte moet nog worden gewezen op uiteenlopende wijzen van uitvoering van deze behandeling. De vraagsteller spreekt over patiënten die klinisch worden behandeld door de anesthesist, collega Teijen over een eenvoudige behandeling die vaak poliklinisch kan geschieden. Voor een niet bewezen behandelingswijze lijkt de eerste wijze van uitvoering te duur, de tweede toch te veel risicovermeerderend.

Verkwikken neusdruppels de neus?

In het antwoord op vraag 61 (1981) wordt vermeld dat een concentratie van het conserveermiddel thiomersal van 0,002% overeenkomt met ca. 10 µg kwik/ml en dat „deze waarde overeenkomt met die in het bloed van de gemiddelde gezonde Scandinaviër”. In de daarbij aangehaalde literatuur (EYL 1971) is deze overeenkomstige waarde echter niet te vinden. Er is wel sprake van de hoogste waarde, gevonden bij volwassenen zonder klinische symptomen van kwikintoxicatie. Deze waarde bedroeg in Zweden 650 ppB, of wel 0,65 µg/ml. In hetzelfde artikel wordt 5 ppB, of wel 0,005 µg/ml als normaal gesteld voor de V.S., Canada, Zweden, Finland en Japan.

Een gehalte van 2000 maal zo hoog als deze norm lijkt mij dan niet erg gezond, zelfs niet voor de „gemiddelde gezonde Scandinaviër”. Zeker niet wanneer dat ook 15 maal zo hoog is als de hoogste waarde welke nog geen klinische symptomen teweegbrengt.