

Leeuwenhoekziekenhuis en in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (de laatste 4 in Amsterdam).

Voor onze eigen kliniek gaat het in genoemde periode over 8 patiënten met een cervixcarcinoom en een veelvoud van dit aantal patiënten dat behandeld werd i.v.m. een ernstige dysplasie of een carcinoma in situ. Het is zeer aannemelijk dat vergelijkbare getallen ook in de andere genoemde klinieken gevonden worden.

Het is jammer dat vóór de bewerking van het materiaal geen contact met deze klinieken is opgenomen, ten einde bij dit onderzoek ook tot werkelijk betrouwbare gegevens te komen. Uiteraard zijn wij ten allen tijde bereid om met collega Oeberius Kapteyn in overleg te treden om d.m.v. een bewerking van ons materiaal zijn gegevens betrouwbaar te maken.

Literatuur: OEBERIUS KAPTEYN, J. L. TH. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1865.

Amsterdam, november 1981

G. H. DIJKHUIZEN
J. J. VAN DER HARTEN
J. I. PUYENBROEK

De problemen, waarop de collegae Dijkhuizen, Van der Harten en Puyenbroek gewezen hebben met betrekking tot de nauwkeurigheid der cijfers zijn door mij bij de aanvang van het onderzoek onderzocht. In de kleine letters van het artikel heb ik vermeld dat slechts weinig „lekkage” plaatsvindt naar andere pathologisch-anatomische laboratoria. Men moet namelijk rekening houden met het feit dat weliswaar behandelingen in ziekenhuizen buiten de regio plaatsvinden, maar meestal pas nadat de afwijking door middel van een proefexcisie in ons archief terechtgekomen is. Ik ben me ervan bewust dat de cijfers, die door decimale achter de komma misschien grote nauwkeurigheid suggereren, op deze exactheid geen aanspraak kunnen maken. Het zijn praktische bezwaren die mij ervan hebben weerhouden om de archieven van ziekenhuizen buiten de regio in mijn onderzoek te betrekken. Tenslotte ben ik ervan uitgegaan dat de onnauwkeurigheden gedurende de periode 1965-1979 ongeveer in dezelfde mate elk jaar in de getallen tot uiting zouden komen, zodat onderlinge vergelijking van deze getallen verantwoord leek.

Haarlem, december 1981 J. L. TH. OEBERIUS KAPTEYN

De anamnese van urine-incontinentie bij de vrouw

Na het lezen van het artikel van de collegae DE LAAT en MEUWISSEN (1981) zou ik een aanvulling willen geven. In het vragenlijstje mis ik de mijns inziens belangrijke vraag: „Heeft u vaak last van blaasontsteking?”

Van een cystitis is het bekend dat deze incontinentia urinae kan veroorzaken. Maar tevens wordt urine-incontinentie, alsmede ook een verhoogde mictiefrequentie en urge gevonden bij vrouwen, die lijden aan een chronische ontsteking van de blaasbodem en urethra, of te wel trigonitis-urethritis. Deze ontsteking veroorzaakt door lokaal oedeem een insufficiënt afsluitmechanisme van de blaas. Daarnaast zijn er nog andere urethra- en blaasaandoeningen, waarbij men regelmatig incontinentia urinae vindt. Ik denk aan interstitiële cystitis, blaasstenen en blaastumoren.

Gezamenlijke diagnostiek van elke incontinente patiënte door gynaecoloog en uroloog zal in de regel een betere

indruk geven over de genese van de incontinentie dan gynaecologisch onderzoek alleen. TURNER-WARWICK en WHITESIDE (1977) stellen terecht dat geen anamnese zo onbetrouwbaar is als de incontinentie-anamnese.

Het urodynamische onderzoek stelt ons in staat subjectieve klachten te objectiveren. Op deze manier kunnen wij ons informeren of wij te maken hebben met een detrusordan wel een sphinctercontinentie of met een mengvorm. Helaas gebeurt het in verschillende klinieken tegenwoordig maar al te vaak dat patiënte eerst een mislukte anti-incontinentie-operatie moet ondergaan alvorens zij naar de uroloog wordt verwezen voor urologisch-urodynamische diagnostiek.

Literatuur: LAAT, W. N. G. M. DE en J. H. J. M. MEUWISSEN (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1890. – TURNER-WARWICK, R. en C. G. WHITESIDE (1977) *Urologic clinics of North America*. Saunders, Philadelphia

Heerenveen, december 1981

J. W. VAN CAPELLE

Gaarne willen wij collega Van Capelle danken voor zijn belangstelling en zijn opmerkingen. Uiteraard is het zo dat het symptoom incontinentie ons altijd zal moeten doen denken aan een blaasontsteking. Naast een gerichte anamnese mag het onderzoek van de urine hierbij dan ook niet ontbreken.

Graag willen wij er nogmaals op wijzen dat onze vragenlijst was bedoeld als eerste oriëntatie over het bestaan, de ernst en de vorm van incontinentie. Anderzijds is het ons gebleken dat wanneer de antwoorden zonder uitzondering en reproduceerbaar in het door ons gestelde kader vallen en in overeenstemming zijn met de bevindingen bij klinisch onderzoek, men er bijna van overtuigd mag zijn met zuiwere stress-incontinentie te maken te hebben.

Wij zijn het tenslotte geheel met collega Van Capelle eens dat goede gynaecologische én urologische diagnostiek iedere vorm van therapie vooraf dienen te gaan.

Eindhoven, december 1981

W. N. DE LAAT
J. H. J. M. MEUWISSEN

De patiënt wikt, de dokter beschikt?

De klinische les van collega Bos (1981) heeft mij zeer aangesproken. Inderdaad hebben wij soms moeite met patiënten die niet bereid zijn een op het eerste gezicht verantwoord medisch advies op te volgen. Behalve de juiste opmerking dat wij altijd naast de patiënt moeten staan, is een opmerking van NEUHAUSER en LEWICKI (1975) van belang ten aanzien van de begripsverwarring over (5-jaars-) overleving en verlenging van de levensduur. De overlevingsduur wordt in het algemeen berekend vanaf het moment van de (meestal operatieve) ingreep. Verlenging van de overlevingsduur zou echter moeten worden berekend uit het verschil tussen de feitelijke overlevingsduur en de overlevingsduur zonder medisch ingrijpen. Dit verschil is, behalve in acuut levenbedreigende situaties, kleiner dan de werkelijke overlevingsduur. Niet zelden wordt het leven als gevolg van medisch ingrijpen zelfs bekort.

Literatuur: BOS, B. H. M. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1593. – NEUHAUSER, D. en A. M. LEWICKI (1975) *New Engl. J. Med.* 293, 226.

Zoetermeer, oktober 1981

A. N. DE WOLF