

inleidende besprekingen plaatsvinden met de World Health Organization.

**Conclusie:** Een pil voor selectieve decontaminatie (SD) zal allerminst speciaal t.b.v. behandeling van atoomslachtoffers moeten worden ontwikkeld, maar t.b.v. de hedendaagse geneeskunde. In mijn vorig onderschrift (1982) en in een eerder artikel (1979) heb ik reeds gewezen op de toepassing in de oncologie en bij andere patiënten met sterk verminderde weerstand tegen infecties waaronder patiënten met brandwonden. Aan deze reeks zullen we mogelijk in de toekomst bestrijding en preventie van epidemieën in ontwikkelingslanden kunnen toevoegen.

**Literatuur:** ABRAMS, H. L. en W. E. VON KAENEL (1981) *New Engl. J. Med.* 305, 1226. – Hiroshima and Nagasaki (1981) The committee for the compilation of materials on damage caused by the atomic bombs on Hiroshima and Nagasaki. Hutchinson, Londen. – WAAIJ, D. VAN DER (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 273; (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2111; (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 402.

Groningen, maart 1982

D. VAN DER WAAIJ

### *Aquagene pruritus*

Een boeiend referaat (1981) over een interessant onderwerp: tot voor kort onverklaarde, doch blijkbaar door contact met water geprovoceerde jeuk. De slotzin bevat een merkwaardige conclusie: „Het leek referent nuttig te wijzen op het bestaan van aquagene pruritus, omdat patiënten met deze aandoening gemakkelijk ten onrechte als neurotisch worden bestempeld.”

Wat mij in deze en soortgelijke uitlatingen in tal van medische publikaties opvalt, is dat ze illustratief zijn voor een wijze van denken, die weliswaar al lang als obsoleet zou moeten zijn achterhaald, maar die niettemin kennelijk nog steeds voor zowel specialisten als ook vele huisartsen als basis dient voor oordelen en handelen. „De man heeft jeuk, weliswaar ondraaglijk, maar tja, alles onderzocht, niets te vinden; sorry, een neuroticus. Dag meneer!”

Maar zo is de strekking van het referaat natuurlijk niet. Juist integendeel: men heeft wél iets gevonden, er is iets verklaard; dus, hè gelukkig: „Hé, meneer! Kom nog eens terug! We hebben 't gevonden, hoor. Wat sneu, we hadden u al voor neurotisch gehouden, maar gelukkig, u bent nu weer helemaal gerehabiliteerd, hoor.”

Een opmerking als de geciteerde demonstreert naar mijn mening enerzijds de overwaardering van (op zichzelf natuurlijk belangrijk) somatisch inzicht en anderzijds de nogal denigrerende wijze, waarop met een negatief beladen „stempel” een niet verklaard ziektebeeld van zich af pleegt te worden geschoven. Iemand een negatief gekleurd etiket op plakken (neurotisch, hysterisch, enz.) omdat men zijn ziekteverschijnselen niet kan verklaren is *altijd* ten onrechte.

**Literatuur:** Referaat (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1897.

Amsterdam, december 1981

J. COURANT

De slotzin van mijn referaat betreffende het feit dat patiënten met aquagene pruritus *ten onrechte* als neurotisch worden bestempeld is uiteraard gebaseerd op enkele ziektegeschiedenissen welke door GREAVES e.a. (1981) beschreven zijn. Blijkbaar heeft collega Courant bezwaar tegen het

woord neurotisch; ik ben het niet eens met zijn opvatting om patiënten met klachten, die bij de behandelende artsen als neurotisch overkomen, een negatief gekleurd etiket op te plakken, onafhankelijk van de omstandigheid of de ziekteverschijnselen op een (in een later stadium vastgestelde) somatische afwijking blijkt te berusten of niet. Patiënten met neurotische klachten zijn niet negatief gekleurd, maar behoeven die aandacht, die in de geneeskunde gelukkig ook gegeven wordt.

**Literatuur:** GREAVES, M. W., A. K. BLACK, R. A. EADY e.a. (1981) *Brit. med. J.* 282, 2008.

Amsterdam, maart 1982

W. G. VAN KETEL

### *Arteriitis temporalis*

In hun artikel over arteriitis temporalis vestigen de collega De JAGER en WALSTRA er terecht de aandacht op, dat een biopsie van de arteria temporalis niet altijd de bij deze afwijking passende morfologische veranderingen laat zien, omdat het ontstekingsproces niet het gehele verloop van de arterie behoeft te betreffen. ALLSOP en GALLAGHER (1981) reviseerden de klinische gegevens en de histologie van 135 patiënten, die een biopsie van de arteria temporalis ondergingen en kwamen hierbij tot de conclusie, dat bij minder dan 60% van de patiënten met een klinische verdenking op arteriitis temporalis door de histologie deze diagnose ondersteund werd. Op grond van deze bevinding stellen beide auteurs voor de biopsie als diagnostische procedure te laten vallen en te vervangen door een kortdurende behandeling met corticosteroiden. Een biopsie zou alleen in aanmerking komen bij patiënten, bij wie een sterke contra-indicatie tegen corticosteroiden bestaat, of bij degenen, die niet meteen gunstig reageren op de ingestelde corticosteroidbehandeling.

Tegen de achtergrond van de veelal dramatische reactie op corticosteroiden kan men zich afvragen, of deze benadering niet de voorkeur verdient boven de door de collega De Jager en Walstra voorgestelde procedure, waarin geadviseerd wordt een niet te klein biopt te nemen, eventueel ook de andere arteria temporalis bioptisch te laten onderzoeken en bij zeer sterke verdenking op grond van vriescoupe-onderzoek de excisie uit te breiden.

**Literatuur:** ALLSOP, C. J. en P. GALLAGHER (1981) *Amer. J. surg. Pathol.* 5, 317. – JAGER, A. E. DE en G. J. M. WALSTRA (1981) *Ned. T. Geneesk.* 126, 55.

Maastricht, januari 1982

J. W. ARENDS

Collega Arends stelt een interessante vraag. Laat ons vooropstellen dat de reactie van een patiënt met arteriitis temporalis op corticosteroiden inderdaad vaak zeer frappant is; een groot deel van de patiënten ondergaat binnen 4 tot 72 uur een duidelijke verbetering. Dit gegeven kan dus van nut zijn bij het stellen van de diagnose. In de Mayo Clinics zijn een aantal criteria ontwikkeld waarop de diagnose arteriitis temporalis mag worden gesteld. Bewijzend is een positief biopt. Wanneer dit negatief is mag toch van arteriitis temporalis worden gesproken wanneer de BSE verhoogd is, te zamen met minstens 4 van de 5 volgende voorwaarden: prompte reactie op corticosteroiden, gezwollen pijnlijke arteria temporalis, claudicatio van de kaak, blindheid of polymyalgia rheumatica (HUSTON e.a. 1978).

Wij zijn het echter niet eens met het voorstel de biopsie achterwege te laten en uitsluitend de reactie op corticosteroiden als maatgevend te zien. Wij hebben hiervoor drie redenen:

1. Het artikel van ALLSOP en GALLAGHER (1981) is niet geheel overtuigend. Zo vermelden zij in hun retrospectieve onderzoek niet op wat voor wijze werd gebiopteerd. Bovendien zijn hun klinische criteria vaag, namelijk hoofdpijn, visuele verschijnselen en een pijnlijke arteria temporalis terwijl een eventuele verhoging van de BSE van ondergeschikt belang was. Hun resultaten zijn ook opvallend laag vergeleken met een groot aantal artikelen in de laatste jaren verschenen waarin het aantal positieve biopsten tussen 80% en 99% ligt (FAUCHALD e.a. 1972; BEEVERS e.a. 1973; KLEIN e.a. 1975; SØRENSEN en LORENZEN 1977; MUMENTHALER 1978).

2. De reactie op prednison is in bovengenoemde artikelen vaak, maar niet altijd zo dramatisch. Ook in onze groep bevindt zich een patiënt met arteriitis temporalis die – met een positief biopt – toch pas na een week begon te verbeteren.

3. Het uitvoeren van een temporalis-biopsie is in een redelijk geoutilleerd ziekenhuis een betrekkelijk simpele zaak. Bovendien is de procedure bijna zonder risico; wij kennen uit de literatuur slechts één geval waarbij ernstige complicaties optraden (FISHER 1959). Met eenvoudige middelen is dus de diagnose „zichtbaar” te maken. Dit kan behandelaar (en patiënt) veel steun geven, vooral wanneer de klinische verschijnselen vaag zijn en twijfel aanwezig blijft. Ook zal de behandeling met corticosteroiden langdurig zijn, met een grote kans op complicaties, terwijl de patiënt zich al die tijd goed voelt. Een positief biopt kan dan de verleiding tegengaan om te snel met de medicatie te dalen.

Samenvattend menen wij dat – hoewel de reactie op corticosteroiden soms frappant is en in bijzondere gevallen mee mag tellen als criterium voor het stellen van de diagnose – toch een „therapeutische trial” met prednison de biopsie niet kan vervangen. Daar waar het mogelijk is op technisch verantwoorde wijze te biopteren moet dit zonder uitstel worden gedaan.

*Literatuur:* ALLSOP, CH. J. en P. J. GALLAGHER (1981) *Amer. J. surg. Pathol.* 5, 317. – BEEVERS, D. G., J. E. HARPUR en K. A. D. TURK (1973) *J. chron. Dis.* 26, 571. – FAUCHALD, P., O. RYGVOLD en B. OYSTESE (1972) *Ann. intern. Med.* 77, 845. – FISHER (1959) Citaat J. A. GOODWIN (1980) In: P. J. VINKEN en G. W. BRUYN, *Handbook of clinical neurology*, deel 39, hfdst. 14. North-Holland Publ. Comp., Amsterdam. – HUSTON, K. A., G. G. HUNDER, J. T. LIE e.a. (1978) *Ann. intern. Med.* 88, 162. – KLEIN, R. G., G. G. HUNDER, A. W. STANSON e.a. (1975) *Ann. intern. Med.* 35, 806. – MUMENTHALER, M. (1978) *J. Neurol.* 218, 219. – SØRENSEN, P. S. en I. LORENZEN (1977) *Acta med. scand.* 201, 207.

Groningen, maart 1982

A. E. J. DE JAGER  
G. J. M. WALSTRA

### *Een zeldzame intra-oculaire metastase*

Het artikel van collega BASTIAENSEN c.s. (1982) bevat een goed literatuuroverzicht over tumormetastasen in het oog met betrekking tot hun etiologie, wijze van metastasering en behandeling. Een ruimte-innemend proces in het oog berust niet altijd op een mitotisch proces en wanneer dit wel

het geval lijkt te zijn, kan de differentiatie tussen een primaire mitose (bijv. maligne melanoom) en tumormetastase moeilijk zijn. De door de auteurs in de ziektegeschiedenis en in de beschouwing vermelde diagnostische veranderingen dienen primair om een niet-mitotisch van een mitotisch proces te onderscheiden.

Bij het lezen van dit artikel bekruipt mij het gevoel dat hier eerder een oog dan een patiënt behandeld werd. Een ervaren oogarts – en daartoe reken ik collega Bastiaensen c.s. ook – kan bij oogspiegelen al een zeer sterk vermoeden krijgen dat er sprake is van een tumor met secundaire ablatio retinae zoals ook bij deze patiënt werd beschreven. Een anamnese van enkele minuten zal al vlug aan het licht brengen of de patiënt ooit eerder is geopereerd, bij een andere arts onder behandeling is, of zich ziek voelt. Bij de beschreven patiënt zou dan het in 1970 geopereerde rectumcarcinoom poliklinisch uit de anamnese hebben kunnen komen evenals de bezoeken aan de longarts en de chirurg. Normaliter zou binnen een dag de uitslag van het biopt van de chirurg bekend kunnen zijn en had patiënt naar de radiotherapeut verwezen kunnen worden voor een palliatieve bestraling van de oogmetastase.

De echografie, de computertomografie, de fluoresceïne-angiografie en het <sup>32</sup>P-onderzoek hadden bij deze patiënt achterwege kunnen blijven evenals de opname van enkele weken. Uit de beschrijving bij het eerste poliklinische bezoek leek er een lokale tumor temporaal van de macula te zitten; op de histologische coupe blijkt een tumor aanwezig te zijn die het oog voor meer dan de helft vult.

Uit ervaring lijkt mij dat bij directe palliatieve irradiatie de patiënt ook de enucleatie met een subconjunctivaal implantaat bespaard had kunnen blijven en ik vermoed dat hij nooit in de gelegenheid is geweest om zijn uiteindelijk oogprothese te gaan dragen. Uit dit artikel blijkt nergens dat patiënt om andere redenen, bijvoorbeeld psychologische of sociale, dan zijn waarschijnlijke intra-oculaire tumor opgenomen werd. Afgezien van de kosten kan men zich afvragen of patiënt niet gelukkiger zou zijn geweest wanneer hij poliklinisch een palliatieve bestraling had ondergaan en zijn laatste levensdagen thuis had kunnen doorbrengen.

*Literatuur:* BASTIAENSEN, L. A. K., J. F. M. M. MISERÉ, R. J. VIERHOUT e.a. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 189.

Amstelveen, februari 1982

P. T. V. M. DE JONG

De behandeling en begeleiding van oncologische patiënten is toch wel wat meer complex dan collega De Jong zich voorstelt. Zoals gemakkelijk te lezen valt uit de ziektegeschiedenis van onze patiënt was deze aanvankelijk niet bereid zijn recente, voor hem ongetwijfeld angstaanjagende, anamnestiche gegevens bloot te geven: een verklaarbaar gedrag van „metastaso-fobie”, na een 10 jaar vrij interval.

De consequenties van de diagnostiek zijn te belangrijk om op voorhand uit te gaan van een secundaire maligne tumor, zeker bij deze metastase-angst. Onze diagnostische verrichtingen waren dan ook bedoeld om, na de vaststelling van het bestaan van een intra-oculaire subretinale massa, aanwijzingen te vinden voor de al of niet maligne aard van de tumor en de vraag te beantwoorden of het hier een primaire dan wel secundaire tumor (metastase) betrof. Daarvoor zijn in het geheel niet belastende, snel te verrichten onderzoeken geschied met behulp van echografie, computertomografie, diafanoscopie en fluorescentie-angiografie. Over het kostenaspect hiervan matig ik mij geen oordeel aan, wel over de betere fundering van een infauste