

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 ³²P-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 uiteindelijke 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

prognose hiermee. De ^{32}P -test werd door ons, in overleg met patiënt, verricht daar de differentiatie tussen een primair maligne melanoom en de natuurlijk ook door ons verwachte intra-oculaire metastase niet met voldoende zekerheid mogelijk was; een differentiatie met zeer belangrijke consequenties t.a.v. behandeling en prognose. Dit onderzoek werd met de grootst mogelijke snelheid door de Oogheelkundige Kliniek te Leiden verricht, doch duurt door de voorbereiding met heen- en terugreis toch al gauw bijna een week. Bij terugkomst bleek de intra-oculaire tumor snel te zijn gegroeid, blijkens de progressieve ablatio retinae, en er waren snel groeiende metastasen ontstaan in de lies en het femur. In de literatuur wordt geadviseerd om enucleatie te verrichten, liever dan bestraling, bij (dreigende) endophthalmitis en secundair glaucoom, en aldus is geschied. Patiënt was binnen enkele weken na opname weer thuis, met prothese, en heeft nog enkele weken geleefd te midden van zijn gezin.

Collega De Jong heeft een belangrijk onderwerp aangesneden: de behandeling van een orgaan in plaats van de zieke mens. Ik ben ervan overtuigd dat de beste psychosomatische benadering van een lichamelijk zieke bestaat uit zo adequaat mogelijke, deskundige medische hulp aan zijn zieke orgaan-systemen (vrij naar CRONE 1974).

Literatuur: CRONE, R. A. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 595.

Tilburg, maart 1982

L. A. K. BASTIAENSEN

Longcarcinoom en thoraxfoto

De inhoud van de klinische les van collega SLUITER (1982) noopt tot enige opmerkingen.

Ad 1. De radioloog wiens werk voor 25% bestaat uit het – zoveel mogelijk gezamenlijk – beoordelen van thoraxfoto's, acht het mede beoordelen, c.q. vergelijken van oude foto's een essentieel onderdeel van zijn werk. Daarbij is een goed en centraal beheerd archief essentieel.

Ad 2. Helaas echter krijgt hij vrijwel nooit (mede)inzage in röntgenfoto's die elders (= buiten het ziekenhuis) vervaardigd zijn en het zou dan inderdaad aan te bevelen zijn als daarin verandering kwam. Meestal moet hij het in zulke situaties doen met een korte mededeling op het aanvraagformulier, waarbij hij er op vertrouwen moet relevante informatie te krijgen van zijn collegae.

Ad 4. Het is aan twijfel onderhevig of het aantal perceptiestoornissen daalt bij het vervaardigen van een klein-formaat-thoraxfoto. In dit verband moge ik wijzen op de publikaties van GARLAND (1959) en KUNDEL c.s. (1978), waarin op andere factoren wordt gewezen.

Voorts gaat collega Sluiter geheel voorbij aan het aspect van de stralenbelasting die bij het vervaardigen van een kleinbeeldfoto 10×20 groot is (PUYLAERT 1978).

Verder wordt op een thoraxfoto niet alleen gespeurd naar een mogelijk longcarcinoom: De borstholte bevat ook nog het skelet, het hart, vaten en (niet te vergeten) het mediastinum. Dáárom is een dwarse opname wél noodzakelijk.

Samenvattend acht ik het gewenst te wijzen op het gevaar van onderwaardering van het röntgenologische thoraxonderzoek bij het opsporen van longafwijkingen, zonder mij overigens een oordeel aan te matigen over diagnostische methoden die buiten mijn vakgebied liggen.

Literatuur: GARLAND, L. (1959) *Amer. J. Röntgenol.* 82, 25. – KUNDEL, H. L., C. F. NODINE en D. CARMODY (1978) *Invest. Radiol.* 13, 175. – PUYLAERT, C. B. A. J. (1978) *Stralenbelasting bij röntgenologisch bevolkingsonderzoek van de thorax*. Symposium Stralenhigiëne in de radiologie, Enschede. – SLUITER, H. J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 273.

Utrecht, februari 1982

J. H. J. RUIJS

Ik dank collega Ruijs voor zijn opmerkingen. De waarde van vroegere thoraxfoto's kan moeilijk te hoog worden aangeslagen. Ook wij krijgen die foto's, helaas, niet automatisch aangeboden. Met enige inventiviteit en noeste ijver zijn bij die patiënten, bij wie deze informatie van belang is, toch wel vaak vroegere foto's te achterhalen. Het kan de patiënt overlast of erger besparen.

De voor- en nadelen van een bepaald fotoformaat zijn zonder meer een uitvoeriger bespreking waard, maar in mijn Klinische Les heb ik mij ten aanzien van dit punt beperkingen opgelegd.

Uiteraard letten wij bij de beoordeling van een thoraxfoto op meer zaken dan alléén het longcarcinoom. Wat de waarde van de dwarse thoraxfoto betreft heb ik uitdrukkelijk gesteld dat het rendement *bij een bevolkings- of bedrijfsonderzoek* (mijn cursivering) zo laag is dat het routinematig vervaardigen van een dwarse foto niet raadzaam is. Dit standpunt wordt algemeen geaccepteerd door degenen die zich intensief met dit vraagstuk bezighouden. Ik beschouw, met collega Ruijs, het röntgenologisch thoraxonderzoek, als een bijzonder waardevol onderzoek bij het opsporen van longafwijkingen. In mijn Klinische Les heb ik enkele valkuilen bij dit onderzoek vermeld én een aantal randvoorwaarden genoemd die beogen het vallen in de kuil te voorkómen.

Groningen, maart 1982

H.J. SLUITER

BERICHTEN

Buitenland

CANADA

Correctie van progressieve scoliose door elektrostimulatie van rugspieren. – Men behandelt kinderen met een progressieve scoliose meestal met een orthopedisch korset of chirurgische ingrepen. Op het congres van de American Academy of Orthopaedic Surgeons in New Orleans deelde Bobechko, orthopeed van het Hospital for Sick Children in

Toronto, de resultaten mee van de behandeling met elektrostimulatie van de paraspinale spieren van 141 kinderen met een dergelijke aandoening, over een periode van 8 jaar. In het subcutane weefsel wordt een ontvanger gepland van waaruit draden lopen naar de spieren aan de convexe zijde van de verkromming. De prikkel wordt geleverd door een zender gevoed door batterijen die naast het bed kan staan of kan worden meegedragen. De impuls die een spiercontractie veroorzaakt wordt gedurende 1 seconde om de 10