

proefonderzoek moeten zijn omdat anders interpretatie van de bevindingen betreffende overleving en sterfte praktisch onmogelijk is.

*Literatuur:* ACS (1980) *ACS-report on the cancer-related health check-up*. American Cancer Society. – FRANKEN, C.; E. E. J. LIGTVOET en J. H. DIJKMAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 93. – FONTANA, R. S. (1979) The usefulness of screening for lung cancer. In: *Bevolkingsonderzoek op kanker; feiten en verwachtingen*, bl. 18. Amsterdam. – Rapport (1977) *Periodiek schermbeeld-onderzoek van bevolkingsgroepen*. Rapport Commissie Bevolkingsonderzoek van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose. – TAYLOR, W. F., R. S. FRANKEN, M. A. UHLENHOPP e.a. (1980) *Cancer* 47, 1114. – UICC (1978) *Screening in cancer*. Genève. – VEEZE, P. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 954. – *Gezondheidszorg* (1982) Stop massaal longkankeronderzoek (14 januari).

Rotterdam, januari 1982

J. D. F. HABBEMA  
J. Th. N. LUBBE  
P. J. VAN DER MAAS  
G. J. VAN OORTMARSEN  
D. J. VAN PUTTEN

Met veel belangstelling hebben wij het artikel van FRANKEN e.a. (1982) gelezen. Dit artikel is actueel nu de Gezondheidsraad een rapport heeft ingediend waarin wordt aanbevolen het periodieke bevolkingsonderzoek naar longkanker te beëindigen. Het artikel van Franken e.a. toont aan dat een goed opgezet periodiek bevolkingsonderzoek, in hun regio, veel patiënten met een goed operabel bronchuscarcinoom oplevert.

Ook wij ontkomen niet aan de indruk dat velen nog menen dat de prognose van patiënten met longcarcinoom volstrekt infaust is. Het belang van het artikel van Franken e.a. ligt dan mede daarin dat de schrijvers eens te meer de waarde van de stagering van het longcarcinoom aantonen.

Op grond van een retrospectief onderzoek uitgevoerd door de „American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting” (AJC) bij 2000 patiënten met een bronchuscarcinoom is het TNM-systeem ingevoerd. Hun studie heeft aangetoond dat de prognose van het longcarcinoom afhankelijk is van het soort carcinoom, de grootte van de tumor, de lokalisatie, de uitbreiding en complicaties zoals atelectases, obstructieve pneumonitis of pleura-exsudaat, metastasering naar regionale lymfklieren en de aanwezigheid van metastasen op afstand.

Literatuur waarin melding wordt gemaakt van toepassing van het TNM-systeem voor het bronchuscarcinoom laat zien dat stadium I-tumoren een goede prognose hebben. Dit geldt met name voor het plaveiselcelcarcinoom; het type carcinoom dat ook in Nederland (ca. 75%) het meest voorkomt.

Uit ons lopend retrospectief onderzoek in het Medisch Centrum Alkmaar hebben wij de gegevens gelicht van de in 1979 tot en met 1981 door de longartsen naar ons verwezen patiënten voor chirurgische stagering en behandeling van het bronchuscarcinoom. Van de 109 patiënten werd bij 20 (18,3%) het carcinoom bij „toeval” gevonden (bevolkingsonderzoek 10 pat.; bedrijfsonderzoek 2 pat.; klinisch 8 pat.). De „symptomatische” groep (89 patiënten, groep A) werd vergeleken met de „a-symptomatische” groep (20 patiënten, groep B). Meestal hadden we te maken met een plaveiselcelcarcinoom (groep A 75,3%, groep B 70%). De stagering was als volgt: groep A: stadium I 21 patiënten

(23,5%); stadium II 15 patiënten (16,9%); stadium III 53 patiënten (59,6%); groep B: stadium I 10 patiënten (50%); stadium II 2 patiënten (10%); stadium III 8 patiënten (40%).

Deze getallen bevestigen de bevindingen van collega Franken e.a. dat het percentage stadium I-tumoren in de asymptotische groep groter is dan in de symptomatische groep. Wij ondersteunen dan ook hun zienswijze dat periodiek bevolkingsonderzoek voor wat betreft het longcarcinoom zin heeft.

Mocht dit voor de gehele bevolkingsgroep, om welke reden dan ook, niet haalbaar zijn, dan moet het onderzoek beperkt worden tot de zogenaamde „high-risk”-groepen. Voor patiënten van veertig jaar en ouder die opgenomen worden in het ziekenhuis, verdient het aanbeveling röntgenonderzoek van de thorax te doen, zoals ook geadviseerd door de commissie „screening pre-operatieve patiënten”.

*Literatuur:* CARR, D. T. (1974) *Semin. Oncol.* 1, 229. – FRANKEN, C., E. E. J. LIGTVOET en J. H. DIJKMAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 93. – MARTINI, N. (1977) *Thorac. cardiovasc. Surg.* 74, 499. – MOUNTAIN, C. F. (1974) *Amer. J. Röntgenol.* 120, 130.

Alkmaar, januari 1982

J. H. POT  
P. C. M. VAN VELTHOVEN

Kort geleden verscheen in dit tijdschrift een analyse van de 5-jaarsoverleving van 187 patiënten met longcarcinoom die in de jaren 1967 t.m. 1970 in het Academisch Ziekenhuis Leiden een in opzet curatieve resectie hadden ondergaan (FRANKEN e.a. 1982). Als resultaten van dit retrospectieve onderzoek vermelden de auteurs onder meer dat het 5-jaarsoverlevingspercentage van degenen bij wie longafwijkingen waren geconstateerd bij bevolkingsonderzoek (n=77) of bedrijfsonderzoek (n=13) belangrijk gunstiger was (46%) dan van de patiënten (n=61) die door de huisarts naar aanleiding van klachten waren verwezen. Het aantal patiënten uit de groep van het bevolkingsonderzoek dat 5 jaar na operatie nog in leven was, was 2,5 maal zo hoog als in de door de huisarts verwezen groep.

Bij deze gunstig ogende resultaten van periodiek röntgenonderzoek moet worden opgemerkt, dat de auteurs geen rekening hebben gehouden met de volgende mogelijke valkuilen (COLE en MORRISON 1980; STURMANS 1980):

1. *Selectie-bias*. Het is volkomen onduidelijk in hoeverre de verschillen in behandelingsresultaten zijn vertekend door verschillen in selectie van de patiëntengroepen in dit niet gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoek.

2. Het zg. „lead-time”-effect. Evenmin is rekening gehouden met het effect op het 5-jaarsoverlevingspercentage als gevolg van de tijdsduur waarmee de diagnose is vervroegd door periodiek röntgenonderzoek vergeleken met opsporing door de huisarts naar aanleiding van klachten.

3. *De duurvertekening*. Omdat juist vormen van longcarcinoom met de beste prognose, op grond van het feit dat ze relatief langzaam groeien en laat metastaseren, de grootste kans hebben te worden ontdekt bij periodiek röntgenonderzoek, kan op grond van een hoger 5-jaarsoverlevingspercentage in de groep van het bevolkingsonderzoek op zichzelf niet worden geconcludeerd dat vroege opsporing zin heeft.

4. *Relatieve overdiagnostisering*. Het doel van bevolkingsonderzoek is tumoren te ontdekken wanneer deze nog klein zijn. Omdat de grens tussen maligne en niet-maligne longafwijkingen onscherper wordt naarmate de longafwij-