

getromboseerd. De door u gememoreerde compressiebehandeling betreft hoofdzakelijk de compressie van de oppervlakkige nog niet ontstoken venen en heeft dus meer een profylactische werking met betrekking tot de progressie van het proces.

Helaas wordt een comprimerend verband door de pijnlijkheid niet altijd goed verdragen.

Gaarne zou ik de volgende opmerkingen willen maken naar aanleiding van vraag 5 (1982). In een enkel geval heeft men te maken met een echte „-itis”, een bacteriële infectie, na injecties en vooral na infusies. In de meeste gevallen gaat het echter om een trombose in oppervlakkige aderen zónder bacteriële component. De reactie van de vaatwand op de trombose is uitwendig waarneembaar als een geïndureerde, rode streng, de „thrombophlebitis”. Met de voorgestelde behandeling: geen anticoagulantia, maar ambulante behandeling, gesteund door analgetica, ben ik het eens. Ik zou daaraan willen toevoegen, dat naar mijn indruk (als ik mij zo onwetenschappelijk mag uitdrukken!) een steunend elastisch verband in de acute fase helpt de pijn te verlichten.

Ik ben het niet eens met de voorgestelde behandeling van de progrediënte thrombophlebitis. Hét risico dat dreigt, wanneer de trombose de sapheno-femorale overgang nadert, is de longembolie. De top van de voortschrijdende trombose wordt gevormd door een floterende thrombus, die (nog) niet stevig met de vaatwand is verbonden. Dit is het gevaarlijke deel van de trombose. Daar de wand van het vat dan nog niet in het proces is betrokken, is ook de uitwendig waarneembare „thrombophlebitis” nog niet tot die hoogte voortschreden. Met andere woorden, de uitwendig waarneembare hoogte van het proces blijft achter bij de werkelijke uitbreiding van het proces en wel, om een vuistregel te geven, ruim een handbreedte. Dat betekent, dat, zodra de uitwendig waarneembare thrombophlebitis is opgestegen tot boven de helft van het bovenbeen, de kans op erbij betrokken raken van de sapheno-femorale overgang en dus de kans op longembolie zeer reëel wordt. Om in die situatie te vertrouwen op anticoagulantia acht ik riskant. Wij weten immers, dat anticoagulantia het voortschrijden van het trombotische proces kunnen remmen, maar dat het effect op reeds bestaande thrombi veel onzekerder is. De eerste dagen na instellen van een behandeling met anticoagulantia zal het risico van afbreken van de floterende thrombus blijven bestaan.

Veel zekerder bescherming geeft onderbinden van de sapheno-femorale overgang. Niet alleen is progressie van de trombose dan uitgesloten, men kan dan bovendien à vue het open vat inspecteren en de floterende thrombus verwijderen. Behandeling met anticoagulantie ná een dergelijke ingreep is m.i. niet absoluut noodzakelijk.

Toegevoegd moet worden, dat een dergelijke progrediënte thrombophlebitis in onze praktijk zeldzaam is. Wij zien het maar een enkele keer per jaar.

Kortom: voor de oppervlakkige thrombophlebitis geen anticoagulantia; voor de progrediënte thrombophlebitis, wanneer deze de helft van het bovenbeen heeft overschreden, operatief onderbinden van de sapheno-femorale overgang.

Literatuur: Vraag 5 (1982) *Ned. T. Geneesk.* 125, 344.

Nijmegen, februari 1982

E. J. C. LUBBERS

In grote trekken zijn wij het wel eens met wat collega Lubbers naar voren brengt. Toch willen wij zijn opmerkin-

gen niet helemaal ongemerkt laten passeren, omdat door de stijl van zijn brief een grotere discrepantie in opvatting over de behandeling van thrombophlebitis wordt gesuggereerd dan feitelijk aanwezig is.

Wij kunnen collega Lubbers erkentelijk zijn, dat hij een aspect naar voren brengt, dat uitgaat boven de gestelde vraag, en dus ook het antwoord daarop, te meer omdat de strekking van zijn betoog „vergeet de chirurgische behandeling niet” juist is.

Als progressie naar het diepe systeem dreigt (bijv. via de sapheno-femorale overgang, maar ook de sapheno-popliteale overgang en de venae perforantes) moet het gebruik van anticoagulantia overwogen worden. Wachten met iedere vorm van behandeling tot bijvoorbeeld een thrombophlebitis van de kuit is voortgeschreden tot halverwege het bovenbeen lijkt ons niet aan te raden.

Het moment waarop voor chirurgisch ingrijpen gekozen wordt, hangt af van de oorzaak van de thrombophlebitis. Bij varices zal men allicht reeds bij de eerste verschijnselen tot een safenectomie besluiten. Ook bij een bacteriële phlebitis is venectomie nodig.

Onze conclusie, dat van een oppervlakkige thrombophlebitis in de allereerste plaats de oorzaak dient te worden opgespoord en dat bij uitbreiding van het proces anticoagulantia overwogen moeten worden, willen wij graag aanvullen met de completering, dat chirurgische behandeling geboden kan zijn, bijvoorbeeld als progressie van de thrombus kans op longembolieën geeft, maar ook bij thrombophlebitis van septische of varikeuze origine.

Ons standpunt en dat van collega Lubbers liggen niet zover uit elkaar als onze ervaring met drukkend elastisch verband, dat zijn patiënten verlichting brengt en de onze pijn veroorzaakt, doet vermoeden.

Bevat de Nederlandse sterftestatistiek al aanwijzingen voor de doeltreffendheid van screening op cervixcarcinoom?

In het antwoord van de redactie (vraag 57 1981) staat dat „gezien de lange ontwikkelingstijd van deze vorm van kanker” men niet kan verwachten dat nu reeds het effect van deze preventieve maatregel in onze sterftecijfers te zien is. Nu ook VERBEEK en STURMANS (1982) deze zin vermelden denk ik dat de redactie velen een genoegen zou doen om hem te verklaren.

Voor zover mij bekend staat het effect van de screening vrijwel los van de ontwikkelingstijd van het cervixcarcinoom. Men ontdekt bij de screening zowel de stadia in het begin van de ontwikkeling als die aan het eind ervan. Vrouwen die zich vanaf hun 35e jaar elke 3 jaar laten screenen, hebben *vanaf dat moment* minder risico. Hun risico wordt bepaald door het percentage fout-negatieve en de doeltreffendheid van de therapie van de positieve uitslagen. Zelfs bij 30% fout-negatieve uitslagen na 1 × screenen is er een sensitiviteit van 70%. De vermindering in risico voor de desbetreffende vrouwen is dan na 1 × screenen 70%, 3 jaar later 91%, en na 6 jaar 97%. (Uitgaande van de veronderstelling dat het percentage fout-negatieve veroorzaakt wordt door methode-gebonden factoren en de patiënt-gebonden factoren, zoals lokalisatie elders, snelle groei e.d., althans voor de berekening, verwaarloosd mogen worden.)

De doeltreffendheid van de therapie voor het carcinoma in situ is voor vrouwen van 35 jaar en ouder hoog omdat,