

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 voortschreden 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,

zonder de wens naar kinderen, uterusextirpatie zal volgen. Voor de positief bevonden vrouwen met reeds infiltratie bepaalt het stadium hun risico.

Voor de desbetreffende 5-jaarsgroep (35-39 jaar) en ook de volgende 5-jaarsgroepen is de invloed op de sterfte nogal direct en afhankelijk van: (1) het opkomstpercentage, (2) het verschil in risico tussen wel en niet gescreenden, (3) het percentage fout-negatieven, (4) het stadium van infiltratie bij de positieven, (5) de doeltreffendheid van de therapie, en nauwelijks van de ontwikkelingstijd van het cervixcarcinoom. Ook als de screening geen waarde heeft, en de „verkeerde” baarmoeders verwijderd zouden worden, zou het effect vrij direct zijn voor de desbetreffende 5-jaarsgroepen, omdat er dan geen invloed op hun sterfte zou zijn door de screening. Dat evt. sterftedaling niet meer bewijzend meetbaar is (Sturmans) is een onderwerp los daarvan.

Uit de sterftetabel aan cervixcarcinoom in 5-jaarsgroepen is duidelijk dat de sterfte bij de ouderen niet noemenswaard vermindert. Dit ondanks het feit dat juist de ouderen steeds minder nog hun baarmoeder hebben. Het aantal vrouwen zonder baarmoeder neemt toe met de leeftijd. Toch is de sterftedaling juist het grootst bij de betrekkelijk jonge groep vrouwen die gescreend worden en procentueel nog over de meeste baarmoeders beschikken.

Hoe minder baarmoeders, des te minder kans op cervixcarcinoom, dat is duidelijk. Maar waarom dat weinig invloed zou hebben op de ouderen met de minste baarmoeders, en veel op de jongeren met de meeste baarmoeders is niet duidelijk.

Literatuur: VERBEEK, A. L. M. en F. STURMANS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 165. – Vraag 57 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1723.

Bergen op Zoom, januari 1982

CHR. BROEKHUYZEN

Ter beantwoording van de door collega Broekhuizen gestelde vragen kan op de volgende factoren worden gewezen:

1. Kanker van de cervix kent een lange ontwikkelingstijd, nl. 10 à 15 jaar.

2. Pas na 1976 wordt in Nederland op enigszins uitgebreide schaal „gescreend”.

3. Bij dit bevolkingsonderzoek worden relatief weinig afwijkingen uit late stadia van de ontwikkeling gevonden en dus relatief veel uit een jong of zeer jong stadium. Gezien de lange ontwikkelingstijd van deze kankervorm zal het veronderstelde nuttige effect van het ontdekken van jonge stadia zich pas kunnen manifesteren in de voor ons liggende jaren. Op dit moment kan dit niet of nauwelijks worden verwacht.

4. De sterfte aan cervixkanker heeft een grillig verloop, vooral indien men dit per leeftijdsgroep beziet. Vergelijkt men de leeftijdspecifieke sterftcijfers uit 1941-1945 met die van 1936-1940, dan blijken de cijfers van de oudste leeftijdsgroepen ongeveer gelijk te zijn gebleven, terwijl in de jongere leeftijdsgroepen een daling zichtbaar is, die sterker is naarmate de leeftijdsgroep jonger is. Na de oorlog heeft een omkering plaats. Bij de jongeren is de stijging het sterkst en naarmate de leeftijd hoger is, wordt deze stijging onduidelijker. Na 1960 verandert het beeld opnieuw en de situatie keert terug, die hierboven met betrekking tot 1941-1945 in vergelijking met 1936-1940 is beschreven (zie HOOGENDOORN 1960; COLLETTE 1976). Dit alles speelde zich af in een tijd dat van een bevolkingsonderzoek nog geen sprake was.

Genoemde factoren maken het uitermate gevaarlijk om eventueel gunstig lijkende ontwikkelingen in de mortaliteit te beschouwen als een resultaat van de screening. Het geschetste grillige beeld van de leeftijdspecifieke mortaliteit van cervixkanker is een epidemiologisch probleem, waar velen zich in hebben verdiept (men zie ook Vooys 1975).

Literatuur: COLLETTE, H. J. A. (1976) *Epidemiologische aspecten van het cervixcarcinoom*. Proefschrift Utrecht. – HOOGENDOORN, D. (1960) *Tiende Jaarboek van kankeronderzoek*, bl. 307. – VOOYS, G. P. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 358.

Granulomateuze peritonitis door het poeder van Elastyren-handschoenen

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van VAN LEEUWEN e.a. (1982) wil ik opmerken dat Elastyren-handschoenen in vele ziekenhuizen worden voorgeschreven, mede op dermatologisch advies. Elastyren-handschoenen bevatten nl. niet de sensibiliserende thiuramverbindingen, welke rubberhulpstoffen wel in andere rubberhandschoenen kunnen voorkomen. De dermatoloog die geregeld Elastyren-handschoenen adviseert, zal geïnteresseerd zijn in de vraag of Van Leeuwen e.a. menen, dat de door hen beschreven gevallen speciaal door de poeder in *Elastyren-handschoenen* zijn veroorzaakt. In dit geval zal de dermatoloog hier consequenties uit moeten trekken betreffende het adviseren van deze handschoenen.

Echter, door verwijzing naar Vraag 36 (1981) en het antwoord hierop krijgt de lezer de indruk dat peritonitis door zetmeelpoeder in principe door alle gepoederde handschoenen veroorzaakt kan worden en niet speciaal door Elastyren.

Literatuur: LEEUWEN, D. J. VAN, K. L. G. M. STEVENS, R. W. KREIS en W. E. TUINEBREIER (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 301. – Vraag 36 (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 970.

Amsterdam, februari 1982

W. G. VAN KETEL

— Collega Van Ketel vestigt er terecht de aandacht op dat Elastyren-handschoenen van zo grote waarde zijn voor degenen die gesensibiliseerd zijn voor thiuramverbindingen, de „rubberhulpstoffen” die aanwezig zijn in andere rubberhandschoenen. Ons zijn geen chirurgische handschoenen bekend, die niet met zetmeel gepoederd zijn. Alle met zetmeel bepoederde handschoenen kunnen zetmeelperitonitis veroorzaken en Elastyren-handschoenen vormen in dat opzicht geen uitzondering.

Na recente introductie in onze kliniek van Elastyren-handschoenen, zagen wij kort nadien twee gevallen van ernstig verloopende peritonitis granulomatososa. Terwijl van vele andere merken deze complicatie reeds beschreven werd, zou dit de eerste melding van de desbetreffende handschoenen zijn sinds zij in 1971 op de markt gebracht werden. Als factoren die van pathogenetisch belang zouden kunnen zijn, worden wel gesuggereerd de deeltjesgrootte, de zetmeelbasis en de contaminatie met talk.

Wij vergeleken de Elastyren-handschoenen met de in onze kliniek gebruikte handschoenen van een ander merk en beschouwden, zoals ook anderen dat deden, de typische zetmeelkleuring door jodium als een eenvoudige en redelijk objectieve maat voor de aanwezigheid van de hoeveelheid zetmeel. Het verschil tussen de beide handschoenen, zowel vóór als na de door de fabrikant voorgeschreven wasproce-