

resectie van de nier en 5 door zowel nefrotomie als gedeeltelijke resectie. De operatiesterfte was nihil, het aantal verwikkelingen gering. Twee patiënten opereerden zij opnieuw wegens een nabloeding en bij één moest de nier alsnog worden verwijderd omdat behalve een nabloeding ook een urinefistel en sepsis waren ontstaan. Bij 76 van de 102 patiënten die gemiddeld 4,8 jaar konden worden gevolgd, waren de uitkomsten goed, d.w.z. dat er sinds de operatie geen stenen meer zijn, geen urineweginfectie en geen belangrijk functieverlies van de nier. Bij 10 patiënten vonden zij reststenen, ondanks tijdens de operatie uitgevoerde röntgencontrole en pyeloscopie; 5 van hen kregen een urineweginfectie, 3 werden opnieuw geopereerd. Bij 6 patiënten, van wie 5 met een urineweginfectie, ontstonden opnieuw stenen. Een goede en langdurige nabehandeling is

daarom noodzakelijk. Deze bestaat uit bestrijding van urineweginfecties en het wegnemen van andere factoren die steenvorming bevorderen, zoals stofwisselingsstoornissen en functionele of anatomische afwijkingen van de urinewegen. Van de stofwisselingsstoornissen is hypercalciurie de belangrijkste; bij 4 van de laatste 42 patiënten bleek deze op een hyperparathyreoïdie te berusten.

De schrijvers komen tot de slotsom dat, gezien de huidige operatiemogelijkheden, afgietselstenen spoedig na hun ontdekking moeten worden verwijderd.

*Literatuur:* LUSTENBERGER, F. X. en E.J. ZINGG (1981) *Schweiz. med. Wschr.* **111**, 2005.

R.W. STIJN

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *KWF-fellowships 1983*

De Stichting Koningin Wilhelmina Fonds – Nederlandse Organisatie voor de Kankerbestrijding (KWF) verstrekt fellowships die bestemd zijn voor academici, die in aansluiting op hun opleiding zich willen bekwamen in het kankeronderzoek of de behandeling van kanker. In principe komen alle onderdelen van het kankeronderzoek in aanmerking. Enige voorkeur zal worden gegeven voor klinische oncologie en klinisch gericht experimenteel oncologisch onderzoek. Na de opleidingsperiode wordt de kandidaat geacht zich in Nederland met de kankerproblematiek bezig te houden. Een uitvoerig curriculum vitae wordt van de kandidaat verwacht, terwijl hij (zij) tevens een voorkeur te kennen kan geven waar en bij wie hij (zij) de opleiding zou

willen ontvangen. Een fellowship is in eerste instantie niet bedoeld voor medewerking aan een wetenschappelijk project van beperkte omvang of een promotie-onderzoek.

De Wetenschappelijke Raad voor de Kankerbestrijding draagt kandidaten voor een KWF-fellowship voor bij het Bestuur van de Stichting KWF. De fellow komt in dienst van het KWF en ontvangt een salaris in grote lijnen overeenkomstig de normen van het instituut waar hij (zij) werkzaam zal zijn. De aanstelling tot KWF-fellow is voor één jaar en kan maximaal met één jaar worden verlengd.

Aanvragen vóór 1 juli te richten aan de Wetenschappelijke Raad voor de Kankerbestrijding p.a. Sophialaan 8, 1075 BR Amsterdam. Inlichtingen zijn te verkrijgen bij dr. K. W. van de Poll of drs. H. W. Waaijers, tel. 020-640991.

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)*

### *Behandelingsresultaten van bronchuscarcinoom opgespoord door bevolkingsonderzoek*

In het lezen van verslagen van wetenschappelijk onderzoek ben ik, zoals waarschijnlijk meer huisarts-collega's, een leek. Toch hoor ik af en toe iets over hoe je een wetenschappelijk onderzoekverslag moet en kunt beoordelen. En soms, als ik een verslag in dit Tijdschrift lees, krijg ik een prikkel dat beetje kennis toe te passen. Die prikkel ontstaat, geloof ik, als ik het gevoel krijg dat de onderzoeker met zijn onderzoek een bepaald beleid wil ondersteunen en het onderzoek daarmee meer een beleidsmatige „politieke” functie heeft, met een duidelijk vooroordeel. Onlangs kreeg ik dat gevoel toen ik het artikel van VAN DEN BERGH c.s. (1982) las. Op dat artikel heb ik bij wijze van „vingeroefening” een paar punten uit het door mij geleerde rijtje toegepast van dingen waar je op moet letten:

1. *De vraagstelling.* Samengevat behelst deze de behan-

delingsresultaten van de door bevolkingsonderzoek (BVO) opgespoorde patiënten met bronchuscarcinoom in de regio Nijmegen in de periode van 1966 tot 1975.

2. *Wat is het belang van deze vraag?* De tegenstanders van het BVO wijzen o.a. op de teleurstellende behandelingsresultaten. De auteurs stellen echter dat uit de tot nu toe verschenen publikaties hierover geen conclusies getrokken mogen worden (onvergelijkbare groepen, verschillende criteria). Zij stellen ook, dat de enige kans op verbetering van de prognose van de ziekte lijkt te liggen in een vroege diagnose bij (nog) klachtenvrije patiënten. Dat stak mij: is dit geen paradox en spreekt hier geen vooroordeel uit? Of is het een niet als zodanig benoemde hypothese? Het belang van de vraag formuleer ik zelf: indien het genezingspercentage van de door BVO opgespoorde bronchuscarcinoompatiënten hoger ligt dan voor de groep niet door BVO opgespoorde patiënten is dit een argument vóór het doorgaan met het BVO.

Opvallend is nu, dat in de vraagstelling van het onderzoek geen vergelijkingsgroep van niet door BVO opgespoorde

bronchuscarcinoompatiënten is opgenomen. De vraagstelling lijkt mij dan niet interessant.

3. *Het meetinstrument* dat gebruikt wordt is de 5-jaars-overleving. De betrouwbaarheid en de validiteit hiervan lijken mij wel goed.

4. *Hoe is het met de representativiteit?* De auteurs vermelden in hun inleiding de grote verschillen in uitkomsten bij dergelijke onderzoeken in Overijssel en Den Haag. Dan zal de Nijmeegse regio ook wel niet representatief voor Nederland zijn. Voor de regio Nijmegen zal het onderzoek wél representatief zijn.

5. *Volgen de conclusies logisch uit de resultaten?* Eerst de resultaten. De 5-jaarsoverleving van de door BVO opgespoorde bronchuscarcinoompatiënten in dit onderzoek is 28% en dit zijn bijna allemaal geopereerde patiënten. Dit is dus het antwoord op de vraagstelling. Alleen, de vraagstelling was niet interessant. Het antwoord dus evenmin, omdat een vergelijkingsgroep ontbreekt.

Wat zijn nu de conclusies van de auteurs? Ik haal ze uit de beschouwing en beoordeel ze in vergelijking met de resultaten van het onderzoek.

a. „Duidelijk is dat alleen operatieve behandeling kans op genezing biedt.” Vrijwel alle patiënten die na 5 jaar nog in leven zijn, zijn geopereerd. Maar daar is bovenstaande conclusie niet uit te trekken: want wat was er met deze mensen (en de andere geopereerden) gebeurd als zij niet geopereerd waren? Daar valt niets over te zeggen aan de hand van de door de auteurs verstrekte gegevens. Het is dus m.i. een misleidende conclusie.

b. „Een betere verwijzingsmethode moet onnodig lange duur tussen uitslag foto en (poli-)klinisch onderzoek kunnen beperken.” Daar ging het onderzoek niet over. Dat er soms lang uitstel is bleek wel uit het onderzoek en is natuurlijk van belang. Waar dat uitstel aan ligt bleek niet uit het onderzoek. Het gestelde prikkelt mij wederom: kennelijk is de verwijzingsmethode niet goed, kennelijk is dat de reden van een lang uitstel, wat wordt bedoeld met betere methode?

c. „Onze resultaten wijzen op een aanzienlijk hoger genezingspercentage voor patiënten met bronchuscarcinoom ontdekt via BVO (28%), in vergelijking met de genezingskans voor alle lijdens van de ziekte (5-10%).” Wat nu? De auteurs hadden geen vergelijkingsgroep in het onderzoek opgenomen maar toch vergelijken ze? In de beschouwing wordt vermeld dat de 5-jaarsoverleving bij bronchuscarcinoompatiënten in Nederland ontdekt na klachten 5-10% is. Hoe men aan dit gegeven komt wordt niet vermeld. We mogen dan toch wel stellen dat er géén sprake is van een vergelijkbare groep die aan dezelfde criteria voldoet. Aan de in de inleiding van de auteurs genoemde onderzoeken waar geen conclusies aan verbonden konden worden is er dus weer één toegevoegd.

Overigens staan in de beschouwing wel ineens 2 onderzoeken (?) vermeld waaruit een betere 5-jaarsoverleving bij via BVO ontdekte bronchuscarcinoompatiënten zou blijken. Echter, de auteurs vermelden zelf in de inleiding dat daar geen goed onderzoek naar gedaan is. Waarom gebruiken ze deze dan wel in hun beschouwing? Alweer steekt het mij: ik word een bepaalde (pro-BVO) kant opgeduwd op een naar mijn gevoel manipulatieve wijze.

d. „BVO in Nederland zou het aantal genezingen met enkele honderden per jaar kunnen doen toenemen.” Is dus niet bewezen, misschien is het wel waar.

e. „Er is dringende behoefte aan een goed opgezet prospectief onderzoek naar de wijze waarop een zo groot mogelijk rendement van BVO kan worden gerealiseerd.” Dan zijn we terug naar af: de auteurs concluderen kennelijk zelf niet veel verder gekomen te zijn.

Naar mijn idee is bij mijn eerste praktische oefening dit stuk behoorlijk door de mand gevallen. Ik gebruikte reeds het woord manipulatief. Ik vond dit vaker terug: de postoperatieve sterfte wordt ook berekend minus de sterfte in de eerste postoperatieve maand. Dat geeft betere resultaten, maar wat is de zin ervan? De keerzijde van de medaille wordt daarentegen niet expliciet vermeld: 58 patiënten zijn geopereerd en toch binnen 5 jaar overleden (38,6% van de onderzochte groep; totaal 99 geopereerd minus 41 met 5-jaarsoverleving = 58); 90 patiënten (60%) zijn in een nog volkomen klachtenvrij stadium reeds met de diagnose geconfronteerd en toch binnen 5 jaar overleden (totale groep 150 minus 42 met 5-jaarsoverleving = 108); 19 patiënten hadden wel klachten (NB.: achteraf beoordeeld, het is een retrospectief onderzoek!) van wie 1 na 5 jaar nog in leven (19-1=18; 108-18=90).

Wat ik met deze ingezonden brief in de eerste plaats kwijt wil is mijn ergernis dat een dergelijk verwarrend en bevooroordeeld stuk geplaatst wordt en dan nog wel 3 maanden na ontvangst door het Tijdschrift al geaccepteerd is, wat gezien het feit dat dat erbij wordt vermeld kennelijk betekenis heeft. Dergelijke stukken geven mij steeds meer de overtuiging dat het Tijdschrift mijn taal niet spreekt. Een tijdschrift dat meer mijn taal zal spreken wordt uitstekend beschreven door A. D. MOLENDIJK in het bekroonde en zeer lezenswaardige essay in het jubileumnummer van het Tijdschrift van januari van dit jaar.

*Literatuur:* BERGH, J. H. A. M. VAN DEN, C. M. JONGERIUS en D. J. J. GROENHUIS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 280. – MOLENDIJK, A. D. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 22.

Dedemsvaart, februari 1982

D. BRANBERGEN

Het zeer gewaardeerde en niet mis te verstane commentaar van collega Branbergen stelt ons in de gelegenheid nogmaals de juiste betekenis duidelijk te maken van ons verslag over de behandelingsresultaten van bronchuscarcinoom opgespoord door bevolkingsonderzoek (BVO) in Nijmegen. Aanleiding waren de sterk uiteenlopende uitkomsten van vergelijkbare onderzoeken in Nederland (VEEZE 1974; HUISKEN 1976, 1980). In het bijzonder de resultaten van Huisken, waaruit geconcludeerd zou kunnen worden dat BVO nauwelijks of niet leidt tot een beter behandelingsresultaat, leken moeilijk te rijmen met onze ervaringen op dit gebied. Besloten werd retrospectief de resultaten in de regio Nijmegen aan een onderzoek te onderwerpen.

In de door ons onderzochte groep bleek de kans op genezing (uitgedrukt in vijfjaarsoverleving) voor patiënten met een bronchuscarcinoom ontdekt door BVO 28% te bedragen, hetgeen overeenstemt met de bevindingen van Veeze in Overijssel (34%) en sterk verschilt met de door Huisken gevonden 5-jaarsoverleving in Den Haag (17%). Het ontbreken van een controlegroep in ons onderzoek (voor zover deze ethisch al te verantwoorden zou zijn) laat uiteraard geen definitieve conclusie toe. Wel is het resultaat suggestief in die zin dat het genezingspercentage belangrijk hoger is dan dat van patiënten bij wie het bronchuscarcinoom op de gebruikelijke wijze wordt ontdekt doordat zij met klachten komen. Van deze laatste groep leeft na 5 jaar nog slechts 5-10%; in Nederland blijkt dit 7% te zijn (MEINSMA 1965).

De opmerking van Branbergen dat hem bij het lezen van ons verslag het gevoel bekruipt manipulatief te worden overgehaald tot een pro-BVO-standpunt, treft ons als een ernstig maar ook onbegrijpelijk verwijt. Immers op geen

enkele wijze verklaren wij ons voorstander van BVO. Hiervoor ontbreken de argumenten. De nadelen wegen zwaar, vooral voor de patiënten, opgespoord door BVO aan wie geen afdoende behandeling kan worden geboden.

De veronderstelling van Branbergen dat wij met onze bevindingen een bepaald beleid willen ondersteunen is volstrekt juist. De door hem gesignaleerde politiek beleidsmatige functie van het verslag is onontkoombaar eigen aan iedere publikatie over BVO op dit moment omdat op handen zijnde beslissingen van de overheid over BVO zich niet onttrekken aan politieke invloeden.

Gezien de niet conclusieve resultaten van tot op heden verricht onderzoek dringen wij aan op een beleid waarbij beslissingen over de wenselijkheid van BVO slechts dan genomen worden wanneer de resultaten van een goed opgezet prospectief onderzoek bekend zijn.

*Literatuur:* BERGH, J. H. A. M. VAN DEN, C. M. JONGERIUS en D. J. J. GROENHUIS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 280. – HUISKEN, D. P. (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 988; (1980) *T. soc. Geneesk.* 58, 681. – MEINSMA, L. (1965) *Resultaten behandeling kankerpatiënten 1956-1958*. Landelijke organisatie van de Kankerbestrijding, Amsterdam. – VEEZE, P. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 954.

Nijmegen, maart 1982

J. H. A. M. VAN DEN BERGH  
C. M. JONGERIUS  
D. J. J. GROENHUIS

## Diagnostiek en behandeling van het hersenabces

Naar aanleiding van het artikel van TER Berg e.a. (1982) zouden wij enige opmerkingen willen maken. Wij zijn het met de auteurs eens dat computertomografie een waardevolle aanwinst is voor het stellen van de diagnose hersenabces. Niettemin komen zelfs bij computertomografische afbeeldingen, die duidelijk in de richting van een hersenabces wijzen, verscheidene andere ziektebeelden in aanmerking zoals de schrijvers terecht stellen. Men dient derhalve wel te bedenken, dat het op basis van morfologische criteria vaak niet mogelijk is te differentiëren tussen een hersenabces en andere hersenafwijkingen zoals metastasen en maligne gliomen.

Derhalve zijn wij van mening dat voor het stellen van de diagnose hersenabces een diagnostische punctie van de lesie noodzakelijk is. De neurochirurg kan een oppervlakkig gelegen abces om een functioneel minder belangrijk gebied operatief benaderen. In geval van diep gelegen of multiple metastatische abcessen kan een al dan niet stereotactische punctie worden verricht. Bovendien kan tijdens deze punctie door aspiratie de omvang van het abces worden verkleind.

Doordat een dergelijke diagnostische ingreep achterwege bleef bij de door Ter Berg e.a. beschreven patiënten, is de diagnose hersenabces niet met zekerheid gesteld en indien er al sprake was van een abces, werd de bacteriële verwekker niet geïdentificeerd. Hierdoor is het effect van de ingestelde therapie moeilijk te beoordelen. Door de onbekendheid van de verwekker is de antibacteriële therapie wellicht onnodig breed geweest; men moest dan ook zijn toevlucht nemen tot geneesmiddelen met een smalle therapeutische breedte (gentamicine) en tot geneesmiddelcombinaties die antagonistisch kunnen werken (chlooramfenicol

ten opzichte van penicilline (JAWETZ e.a. 1951a), chlooramfenicol ten opzichte van een aminoglycoside (JAWETZ e.a. 1951b; D'ALESSANDRI e.a. 1976)). Ons zijn over antagonisme van chlooramfenicol ten opzichte van penicilline en gentamicine geen gegevens bekend die betrekking hebben op de behandeling van het hersenabces. De literatuur over voortgezette behandeling van patiënten met meningitis met de combinatie van penicilline en chlooramfenicol (MATHIES e.a. 1967; LINDBERG e.a. 1977), en van chlooramfenicol en gentamicine bij experimentele meningitis (SANDE en OVERTON 1973; STRAUSBAUGH en SANDE 1978) doen echter vermoeden dat men deze combinaties moet vermijden. Het voorstel van Ten Berg e.a. om penicilline één uur vóór het chlooramfenicol te geven, zal bij voortgezette behandeling het antagonisme waarschijnlijk niet voorkómen.

Onzes inziens bestaat de optimale behandeling van hersenabcessen bij voorkeur uit een neurochirurgische benadering (aspiratie en (of) drainage) en gerichte antibiotische therapie (SAMSON en CLARK 1973), die meestal langdurig zal zijn. Indien neurochirurgisch ingrijpen te riskant lijkt, o.a. wanneer het abces te klein is voor een trefzekere punctie, geeft de literatuur als alternatief enige steun voor uitsluitend antibiotische behandeling (HEINEMANN e.a. 1971; BERG 1978; KOTTAS en SMITH 1978; ROSENBLUM e.a. 1980). De behandeling van een op het computertomogram aankleurende ringstructuur met uitsluitend antibiotica is derhalve om meer dan één reden een hachelijk avontuur.

*Literatuur:* BERG, B., G. FRANKLIN, R. CUNEO e.a. (1978) *Ann. Neurol.* 3, 474. – BERG, J. W. M. TER, E. A. E. MEVISSSEN-VERHAGEN, J. A. VEIGA PIRES e.a. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 50. – ALLESSANDRI, R. M. D', D. J. MCNEELY en R. M. KLUGE (1976) *Antimicrob. Ag. Chemother.* 10, 889. – HEINEMANN, H. S., A. I. BRAUDE en J. L. OSTERHOLM (1971) *J. Amer. med. Ass.* 218, 1542. – JAWETZ, E., J. B. GUNNISON en R. S. SPECK (1951a) *Amer. J. med. Sci.* 222, 404. – JAWETZ, E., J. B. GUNNISON, R. S. SPECK e.a. (1951b) *Arch. intern. Med.* 87, 349. – KOTTAS, M. en L. G. SMITH (1978) *Infection* 6, 81. – LINDBERG, J., U. ROSENHALL, O. NYLENE e.a. (1977) *Pediatrics* 60, 1. – MATHIES, A. W., L. M. LEEDOM, D. IYLER e.a. (1967) *Antimicrob. Ag. Chemother.* 7, 218. – ROSENBLUM, M. L., J. T. HOFF, D. NORMAN e.a. (1980) *J. Neurosurg.* 52, 217. – SAMSON, D. S. en CLARK (1973) *Amer. J. Med.* 24, 102. – SANDE, M. A. en J. W. OVERTON (1973) *J. Infect. Dis.* 128, 247. – STRAUSBAUGH, L. J. en M. A. SANDE (1978) *J. infect. Dis.* 137, 251.

Leiden, februari 1982

B. A. C. DIJKMANS  
G. J. VIELVOYE  
R. T. W. M. THOMEER  
P. J. VAN DEN BROEK  
J. W. M. VAN DER MEER

Evenals de brieven schrijvers, onderschrijven wij de waarde van de diagnostische punctie bij een aantal patiënten met een hersenabces. Deze ingreep, die niet altijd zonder complicaties verloopt, is echter alleen geïndiceerd wanneer het abces zich gelokaliseerd heeft. In vele andere gevallen kan de diagnose hersenabces-in-ontwikkeling door anamnestiche en onderzoeksgegevens in combinatie met computertomografie gesteld worden. Bovendien is een (diagnostische) punctie gecontraïndiceerd in de vroege encefalitische fase, die met behulp van computertomografie kan worden aangetoond (na contrasttoediening wordt al een ringstructuur waargenomen, terwijl zich nog geen membraan gevormd heeft) (NEW 1980; BRITT 1981). Wij zijn er