

– PARDIJS, W.H., J. DE GRUYL en A.S.M. JACOBS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 946 – YOUNG, J.E.M., S.D. ARCHIBALD en K.J. SHIER (1981) *Amer. J. Surg.* 142, 484.

Rotterdam, juni 1982

J.G. VAN ANDEL
D.I. BLONK
M.F. DE BOER
P.A. HELLE
P.C. DE JONG
P.P.M. KNEGT

W.M.H. VAN WOERKOM-EIJENBOOM

PARDIJS, DE GRUYL en JACOBS (1982) wijzen in hun artikel terecht op de noodzaak van zorgvuldige benadering en schildklieronderzoek bij de aanwezigheid van een niet pijnlijke, persisterende zwelling in de hals. Zij laten echter na te vermelden dat er in dat geval eveneens een nauwkeurig onderzoek dient plaats te vinden van mond, neus, keel en oren. Natuurlijk kan een lymfkliermetastase in de hals afkomstig zijn van een schildklier maligniteit en (vooral als het een supraclaviculair gelegen lymfoom betreft) van een primaire tumor uit thorax of buikholte. Desalniettemin is bij herhaling vastgesteld dat het overgrote deel van de halskliermetastasen afkomstig is van primaire tumoren uit mond, neus, pharynx en larynx (VAN DEN BROEK 1975; BATSAKIS 1979; SCHMIDT 1980). Daarom is bij iedere onverklaarde zwelling in de hals onderzoek door de KNO-arts dringend noodzakelijk. Vooral in de leeftijdsgroep boven de 40 jaar blijkt een (meestal gemetastaseerde) kwaadaardige tumor de meest voorkomende oorzaak voor een zwelling in de hals te zijn. Het is dan ook gewenst een dergelijke zwelling te beschouwen als een mogelijke maligniteit, zolang niet is aangetoond dat dat niet het geval is.

Zekerheid omtrent de diagnose is in het algemeen slechts te verkrijgen door middel van pathologisch-anatomisch onderzoek. Een dunne-naaldbiopsie en cytologisch onderzoek van uit de zwelling opgezogen materiaal verdienen dan de voorkeur. De methode is in principe eenvoudig en snel uit te voeren en kan tijdens het spreekuur plaatsvinden (LOPES CARDOZO 1976; DE JONG en BLONK 1977). De kans op entmetastasen is minimaal, hetgeen niet kan worden gezegd van de excisiebiopsie, waarbij de kans op „spill” van tumorcellen nagenoeg 100% is, hetgeen de prognose van de patiënt ten nadele beïnvloedt. Breder toepassing van de cytologische punctiemethode dient te worden gestimuleerd, zowel om de ervaring met dit onderzoek te vergroten als om het aantal excisiebiopsieën te beperken.

Literatuur: BATSAKIS, J.G. (1979) *Tumors of the head and neck*. 2e druk, bl. 240. Williams and Wilkins, Baltimore. – BROEK, P. VAN DEN (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 385. – JONG, P.C. DE en E.J. BLONK (1977) In: *Ontwikkelingen in de onkologie van het hoofd-halsgebied*. Rapport Nederlandse Vereniging voor Keel-, Neus- en Oorheilkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, 42. – LOPES CARDOZO, P. (1976) *Atlas of clinical cytology*. Leiden. – PARDIJS, W.H., J. DE GRUYL en A.S.M. JACOBS (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 946. – SCHMIDT, P.H. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 810.

Leiderdorp, juni 1982

W.A. DANKBAAR

De opmerkingen van de collegae Dankbaar en Van AnDEL e.m. betreffen twee hoofdzaken. (1) Bij onverklaarbare zwellingen in het halsgebied moet eveneens gedacht worden aan metastasen van een maligne proces uit het gebied van mond, neus, keel en oren. (2) Als compleet onderzoek niet

tot een diagnose leidt dan is de weg nog niet vrij voor chirurgisch ingrijpen, doch dient een dunne-naaldbiopsie te worden verricht door cytologisch onderzoek.

Alhoewel deze twee punten op zichzelf natuurlijk volkomen juist zijn voor zwellingen in het hoofd-halsgebied moeten wij er toch op wijzen dat ons artikel niet de intentie had uitvoerig de diagnostiek en differentiële diagnostiek van deze „zwellingen” te behandelen. Ons uitgangspunt was het schildklier carcinoom, vandaar ook de titel.

Aanleiding was onze verwondering over het feit dat ondanks de toegenomen diagnostische mogelijkheden nog te vaak de diagnose schildklier carcinoom een toevalsbevinding is bij de algemene chirurg. Daarom ook werden de ziektegeschiedenissen van de „toevalsbevindingen” door ons beknopt weergegeven. Hieruit bleek duidelijk dat het hier ging om óf consultatieve verrichtingen, óf patiënten die geopereerd waren onder de diagnose laterale halskyste waarbij een cytologische punctie niet zou zijn geïndiceerd. Hoe onjuist dit laatste is hebben wij nu juist willen aantonen. Verder willen wij erop wijzen dat in onze beschouwing nog eens ten overvloede staat, alhoewel dat ook al uit de eerdere tekst blijkt, dat er geen nasopharynx- en larynx tumoren werden aangetoond, kennelijk uitgesleuteld door het pre-operatieve onderzoek.

Ten overvloede verwijzen wij in ons artikel bij de beschouwing tweemaal naar de in 1980 in dit tijdschrift verschenen klinische les van collega Schmidt waarin zowel de differentiële diagnostiek van zwellingen in de hals als de voorkeursplaats die de naaldbiopsie verdient voortreffelijk wordt beschreven.

Wij hopen dat ons artikel en deze discussie ertoe bijdragen dat niet alleen bij lymfeklierzwellingen in de hals maar ook bij kysten in de hals in een vroeg stadium pathologisch-anatomisch onderzoek zal plaatsvinden. Uiteraard verdient de cytologische naaldbiopsie de voorkeur, waarbij dan niet vergeten mag worden dat bij het schildklier carcinoom deze punctie ook in zeer ervaren handen in 10% van de gevallen vals-negatief is (TAYLOR e.a. 1982); een herhaling van de punctie is dan de juiste handelwijze.

Literatuur: TAYLOR, S. e.a. (1982) *Surgery of thyroid cancer*. In: F. HARDER en R. MC CORN, *State of the art of surgery* (1981/82), bl. 69.

Dordrecht, juli 1982

W.H. PARDIJS
J. DE GRUYL
A.S.M. JACOBS

Huidige klinische verschijningsvorm van het pancreascarcinoom

In een lezenswaardig overzicht beschrijven de collegae NICOLAI, TEUNEN en TYTGAT (1982) de vorderingen op het gebied van de diagnostiek van het galblaascarcinoom, waarbij zeer geavanceerde technieken, zoals endoscopische retrograde cholangio-pancreaticografie (ERCP) in stelling gebracht worden. Het therapeutische onderdeel komt vervolgens enigszins als een koude douche over: ondanks verbeterde diagnostiek is de tumor veelal inoperabel.

Bij dit retrograde onderzoek werden 94 patiënten opgespoord; 75% van hen had pijn in de rug en (of) in epigastrio. Als pijnbestrijding wordt er bij 2 patiënten een plexus coeliacus-blokkade verricht; dit aantal is teleurstellend. Reeds jaren wordt in de handboeken van anesthesiologie (bijv. MOORE 1965) en van de pijnbestrijding (bijv. LIPTON 1979) gepleit voor deze doeltreffende en weinig ingrijpende therapie. CRUL (1981) beschrijft de percutane techniek in dit

tijdschrift; overigens is coeliacusblokkade ook peroperatief, bij „open buik” mogelijk, maar technische problemen (o.a. de tumorgroei) maken deze behandeling soms minder aantrekkelijk.

Wat de resultaten van pijnbestrijding bij het pancreascarcinoom betreft: Crul meldt goede resultaten bij 8 patiënten en redelijke resultaten bij 1 patiënt in een serie van 9 patiënten. Ik heb in de afgelopen 3 jaar 4 patiënten met een pancreascarcinoom behandeld met een coeliacusblokkade, 3× met een zeer duidelijke pijnpalliatie. De percutane techniek is in ge oefende handen veilig en geeft weinig complicaties. Bij voorkeur moet de blokkade geschieden voordat de patiënt al gewend is aan hoge doseringen morphinomimetica.

Ik hoop dat de auteurs de verfijningen en de vooruitgang welke zij beschrijven bij de diagnostiek van het pancreascarcinoom ook willen uitbreiden tot de palliatieve therapie van deze aandoening; bij hun huidige therapeutische suggesties hebben zij dit niet gedaan.

Is het gewaagd te veronderstellen dat goede pijnpalliatie voor vele van deze patiënten belangrijker is dan ERCP?

Literatuur: CRUL, B.J.P. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1153. – LIPTON, S. (1979) *Relief of pain in clinical practice.* Blackwell, Oxford. – MOORE, D.C. (1965) *Regional Block.* Thomas, Springfield III. – NICOLAI, J.J., A. TEUNEN en G.N.J. TYTGAT (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1130.

Rotterdam, juni 1982

H.M. LAGAS

Collega Lagas heeft volkomen gelijk als hij stelt, dat de behandeling van het pancreascarcinoom (niet galblaascarcinoom) zeer veel te wensen overlaat ondanks de verbeterde diagnostiek. Met ons artikel hebben wij getracht een lans te breken voor een vorm van vroege diagnostiek waarbij echografie, computertomografie en in tweede instantie de relatief invasieve, maar in ervaren handen veilige en zeer accurate endoscopische retrograde cholangio- en pancreatocografie een belangrijke plaats krijgen.

In ons overzicht, dat hoofdzakelijk verschijningsvorm en diagnostiek van het pancreascarcinoom betrof, zijn wij willens en wetens niet uitvoerig op alle palliatieve behandelingswijzen ingegaan. In feite werd bij slechts twee patiënten uit de conservatief behandelde groep in de periode van het overzicht, 1976-1980, plexus coeliacus-blokkade toegepast. In de chirurgisch behandelde groep werd peroperatief bij nog vier andere patiënten een coeliacus-blokkade verricht.

Inmiddels heeft de percutane plexus coeliacus-blokkade, die in het W.G. wordt toegepast door de anesthesisten van het pijnbestrijdingsteam, wat meer ingang gevonden bij de palliatieve behandeling van patiënten met een pancreascarcinoom, maar bij een aantal patiënten bleek de pijnstilling slechts van korte duur. Meer succes werd bereikt met frequente toediening van opiaten door een permanente lumbale epidurale catheter.

Amsterdam, juli 1982

J.J. NICOLAI
G.N.J. TYTGAT

Als NICOLAI, TEUNEN en TYTGAT (1982) over het pancreascarcinoom schrijven dat, ondanks de nu ontwikkelde diagnostische methoden, vroege diagnosestelling nog vooral afhangt van de verwijzende arts, dan voel ik mij als huisarts direct aangesproken. Teleurstelling overkomt mij echter als ik verder in dit artikel lees welke van mijn patiënten ik geacht word aan een snelle en zelfs agressieve diagnostiek

te laten onderwerpen. De vroege symptomen verschillen nauwelijks van die van andere neoplasmalokalisaties. Uit een eerdere publikatie (NICOLAI en TYTGAT 1981) begrijp ik de oorsprong van deze adviezen. Pijn werd retrospectief in het W.G. (1976-1980) in 73% van de gevallen gescoord (de componenten: in epigastrio 42%, rug 5%, in epigastrio en rug 26%). Icterus, gewichtsverlies en anorexie scoorden ook hoog (ongeveer 55%), maar diarree en steatorroe 11% en tromboflebose 2%. Selectie op grond van de woonplaats binnen Nederland wordt in het artikel niet genoemd. Daar de mortaliteit-incidentieverhouding nagenoeg 1 is voor het pancreascarcinoom, kunnen de sterftecijfers goede aanwijzingen geven. In de jaren 1969-1978 lag de sterfte aan pancreascarcinoom in de provincies Utrecht, Noord- en Zuid-Holland duidelijk boven het landelijke gemiddelde. Overzie ik de gevallen in mijn eigen praktijk in de periode 1970-1982 dan waren het er 5 (4 mannen en 1 vrouw) met de volgende leeftijden: 62, 66, 70, 75 en 79 jaar. Drie overleden in 2 maanden, één in 6 en één in 14 maanden. De klachten begonnen 6 weken voor opname, behalve bij de langstlevende; die klaagde 12 maanden voor opname over duizeligheid, braken en diarree bij een BSE van 35 mm. Door biopsie via laparotomie werd het pancreascarcinoom vastgesteld; er werd afgezien van verdere chirurgische behandeling.

Bij een obstructie-icterus en bij een plotseling ontstane diabetes ligt snelle diagnostiek voor de hand. Wil de huisarts alert blijven en bij het eerste consult al de noodzakelijke verwijzing tot stand brengen, dan moet hij voor de diagnose pancreascarcinoom behalve op bovenbuik/rugpijnen, steatorroe en gewichtsverlies ook letten op het woongebied van de patiënt. In twee jaar komen er heel wat patiënten met dergelijke klachten in een „standaard-praktijk” en het is dan wel belangrijk te weten voor de huisarts of zijn praktijk een redelijke kans maakt een dergelijke patiënt te bevatten.

Literatuur: NICOLAI, J.J., A. TEUNEN en G.N.J. TYTGAT (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1130. – NICOLAI, J.J. en G.N.J. TYTGAT (1981) *Modern Medicine* 5, 635.

Delden, juni 1982

E.G.J.J. ROOLVINK

Collega Roolvink vindt het teleurstellend dat de vroege symptomen van het pancreascarcinoom nauwelijks verschillen van die van andere maligniteiten. Reden te meer om dergelijke patiënten een snelle diagnostiek te laten ondergaan.

Verder legt collega Roolvink de nadruk op de geografische verschillen in de incidentie van het pancreascarcinoom. Hoewel deze verschillen bestaan, zijn ze toch niet zo belangrijk dat ze bij de verwijzing van de individuele patiënt een grote rol dienen te spelen.

Inderdaad zijn er nogal wat patiënten met ook voor pancreascarcinoom verdachte klachten in een huisartspraktijk, maar er is waarschijnlijk weinig tegen om dergelijke patiënten allereerst een weinig ingrijpend en relatief goedkoop onderzoek als de bovenbuik echografie te laten ondergaan, zolang andere vormen van screening minder betrouwbaar of veel invasiever zijn. Een verwijzing voor een echografisch onderzoek zou m.i. voor de huisarts net zo normaal kunnen worden als verwijzing van de patiënt voor een röntgenthoraxfoto of röntgenmaagfoto. Bij abnormale bevindingen kan dan verwijzing volgen naar internist of gastro-enteroloog.

Amsterdam, juli 1982

J.J. NICOLAI
G.N.J. TYTGAT