

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