

Bij het artikel van prof.dr. F. SCHWARZ (1982) over multipele endocrinopathieën wil ik graag een kleine correctie en aanvulling geven. Bij de bespreking van de glucagon producerende pancreastumoren merkt de auteur op dat de bijbehorende huidafwijkingen gunstig reageren op zink. Dit is evenwel niet juist. Bij het glucagonomasyndroom is het plasma-zinkgehalte normaal of iets verlaagd (o.a. BINNICK e.a. 1977; SHUPACK e.a. 1978; SWENSON e.a. 1978; HOITSMA e.a. 1979; KAHAN e.a. 1979). Door verscheidene auteurs is melding gemaakt van het niet reageren van de huidafwijkingen op orale toediening van zink (BINNICK e.a. 1977; HOITSMA e.a. 1979). Wel is een gunstige invloed gemeld van het toedienen van aminozuren. Diverse aminozuren zijn verlaagd in het serum, echter niet volgens een eenduidig kenmerkend patroon (SHUPACK e.a. 1978; NORTON e.a. 1979; LUBETZKI e.a. 1980). Van belang is in dit verband een experiment van Norton e.a. bij een 47-jarige patiënt met het glucagonoma-syndroom met al 8 jaar bestaande huidafwijkingen bij een inoperabel pancreascarcinoom. De plasma-aminozuren waren verlaagd tot ca. 45% van de normale waarden, de zinkspiegel was iets verlaagd. De patiënt kreeg 3 dagen intraveneuze toediening van een aminozuuroplossing waarop de huidafwijkingen iets verminderden. Daarna kreeg hij uitsluitend parenterale voeding gedurende 3 dagen zonder toediening van zink, waarop de rash snel verdween. 14 van de 17 aminozuren bereikten normale of bovennormale plasmaspiegels. Staken van de parenterale voeding gaf een recidief van de huidafwijkingen binnen 2 dagen. Na hernieuwde toediening van parenterale voeding verdween de rash weer snel.

LUBETZKI e.a. (1980) gaven ook een, weliswaar perifeer, infuus met aminozuren, evenwel zonder effect. Wellicht was de dosering hier te laag. Een dramatische verbetering van de huidafwijkingen werd ook bereikt door SOHIER e.a. (1980) die 2 patiënten behandelden met somatostatine intraveneus. De klinische verbetering hierop hield verscheidene weken aan. Voorts geeft resectie van de tumor in het algemeen een snelle verbetering van de dermatose (MALLINSON e.a. 1974; SWEET 1974; KAHAN e.a. 1977; SHUPACK e.a. 1978; HOITSMA e.a. 1979). Bij inoperabele en (of) gemetastaseerde glucagonomen is een gunstig effect bereikt met dimethyltriazenoimidazolcarboxamide (DTIC) (MARYNICK e.a. 1980) of streptozotocine al dan niet in combinatie met chirurgische therapie (KAHAN e.a. 1977; LUBETZKI e.a. 1980).

Literatuur: BINNICK, A.N., S.K. SPENCER, W.K. DENNISON e.a. (1977) *Arch. Dermatol.* 113, 749. – HOITSMA, H.F.W., M.A. CUESTA, TH.M. STARINK (1979) *Arch. chir. neerl.* 31, 131. – KAHAN, R.S., M.R.A. PEREZ-FIGAREDO en A. NEIMANIS (1977) *Arch. Dermatol.* 113, 792. – LUBETZKI, J., CH. GRUPPER, D. MALBEC e.a. (1980) *Nouv. Presse méd.* 9, 1565 en 1623. – MALLINSON, C.N., S.R. BLOOM, A.P. WARIN e.a. (1974) *Lancet II*, 1. – MARYNICK, S.P., W.R. FAGADAU en L.A. DUNCAN (1980) *Ann. intern. Med.* 93, 453. – NORTON, J.A., C.R. KAHN, R. SCHIEBINGEN e.a. (1979) *Ann. intern. Med.* 91, 213. – SCHWARZ, F. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 477. – SHUPACK, J.L., P.H. BERZELLER en D.M. STEVENS (1978) *J. Dermatol. Surg. Oncol.* 4, 242. – SOHIER, J., M. JEANMOUGIN, P. LOMBREIL e.a. (1980) *Lancet I*, 40. – SWEET, R.D. (1974) *Brit. J. Dermatol.* 90, 301. – SWENSON, K.H., R.B. AMON en J.M. HANIFIN (1978) *Arch. Dermatol.* 114, 224.

Utrecht, mei 1982

J. TOONSTRA

Gaarne wil ik collega VAN BODEGRAVEN (1982) bijvallen in zijn kritiek op het artikel van prof. MEIJLER (1982). Vanuit maatschappelijk oogpunt is het dringend noodzakelijk dat per specialisme een normering van de week- of jaartaak wordt bepaald. In een artikel in *Medisch Contact* (1980) heb ik reeds daarvoor gepleit en gelukkig maakt deze gedachte thans deel uit van het onderhandelingsprotocol van de LSV.

Een normpraktijk, te koppelen aan het norminkomen, is inkomenstechnisch aanvaardbaar, schept ruimte voor jonge specialisten en – vooral – verbetert de kwaliteit van de gezondheidszorg. Dan hoeft zelfs een cardioloog niet zo veel meer te doen en kan hij het niveau van zijn werk nog meer verbeteren ten bate van de patiënt. Nergens – ook in het artikel van Meijler niet – ben ik een echt rationeel argument tegen de normering van de werklast tegengekomen.

Literatuur: BODEGRAVEN, A.A. VAN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1247. – MEIJLER, F.L. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 869. – RUIJS, J.H.J. (1980) *Med. Contact (Amst)* 32, 965.

Utrecht, juli 1982

J.H.J. RUIJS

De ingezonden brief van collega Ruijs is voor mij aanleiding tevens commentaar te geven op de eerdere reactie van collega Van Bodegraven. Deze laatste heeft gelijk dat sommige specialisten een zeer zware werktak hebben en dat een verlichting door praktijkverkleining voor velen zeer aangenaam zal zijn. De kansen liggen voor het oprapen om dit nu op vrijwillige basis te doen; er zijn vele jonge specialisten beschikbaar. We hebben daar geen van bovenaf opgelegde normpraktijk voor nodig. Uit het oogpunt van solidariteit met jonge artsen is een herverdeling van de manuren inderdaad nodig; ook hierover verschil ik niet van mening. Maar hoe komen we aan al die basisartsen? Die danken wij en zij zelf aan ons politiek klimaat, dat het aantal aan de Universiteiten toe te laten studenten niet (mede) afstemt op de te verwachten maatschappelijke behoefte en niet toestaat te selecteren op kwaliteit, maar door loting.

Hoevelen hebben het huidige spookbeeld van werkloze artsen niet voorspeld? En nu het uit de hand loopt, moet er inderdaad iets op gevonden worden en dienen we met zijn allen in te schikken. Maar ondertussen is er nog steeds geen gericht toelatingsbeleid voor studenten. Nog steeds worden meer (medische) studenten toegelaten dan vanuit een verantwoord werkgelegenheidsbeleid wenselijk is. Nog steeds wordt er geloot en nog steeds wordt de numerus fixus bepaald door wat de Universiteit kreunend aan kan en niet door de behoefte van de toekomstige maatschappij.

Natuurlijk moeten we solidair zijn, maar consequent doorredenerend betekent dit dat voor het einde van deze eeuw de normpraktijk nog maar gedurende 6 uur per dag zal behoeven te worden uitgeoefend. Dat is heerlijk rustig, maar met geneeskunde ten behoeve van en goede zorg voor zieke mensen heeft dat niet zo veel te maken, want ziekte duurt 24 uur per dag. Het kan zijn dat de werkomstandigheden van vele huisartsen in groepspraktijken door betere werktijden en beter geregelde diensten er op vooruit is gegaan. Maar om een voorbeeld te noemen: een zwangere vrouw die 9 maanden lang door haar (?) huisarts is begeleid, loopt de kans via het antwoordapparaat een vreemde dokter aan haar bed te krijgen, als het moment van de partus daar is.

Ik heb mij in mijn artikel niet verzet tegen de daling van het inkomen van specialisten. Als dat een vermindering van het minimumloon tegengaat, dan moet dat maar gebeuren. Maar het is een oneigenlijk argument, althans in de discussie die ik getracht heb uit te lokken. Het kan wel zijn dat 2 musici en 2 voetballers en 2 burgemeesters niet gelijk beloond worden. Maar in de optiek van de aanhangers van de normpraktijk zal dat met specialisten wel gebeuren. Nog maar heel even en dan is het zo ver. Als nivellering de kwaliteit van de geneeskunde verbetert en de zorg voor patiënten bevordert, dan zal ik me niet verzetten, maar dat zou ik nu zo graag aannemelijk gemaakt willen zien. Het kan zijn dat collega Van Bodegraven, hierin bijgevalen door collega Ruijs, de huidige basis-arts op medisch-wetenschappelijk gebied tot veel meer in staat acht dan die van 20 jaar geleden; ik zal hem niet weerspreken, maar het is niet aangetoond.

Collega Ruijs zegt dat de kwaliteit van de gezondheidszorg door een normpraktijk zal worden verbeterd. Hoe weet hij dat? In elk geval is normering van de werklust iets anders dan verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Artsen in loondienst, vaste werktijden, genormeerde werkbelasting, allemaal hetzelfde inkomen, iedereen even knap en even dom en verboden ziek te worden of te zijn na 16.00 uur, dat lijkt ons voorland.

Rationeel zijn mijn argumenten misschien niet, maar reëel zijn ze wel en dat is vervelend.

Utrecht, juli 1982

F.L. MEIJLER

De behandeling van patiënten met longcarcinoom

Het is jammer dat in het artikel van VAN DER WAL e.a. (1982) de WHO-classificatie voor longtumoren van 1967 wordt gebruikt (KREIBERG). De auteurs kennende, zal het tijdstip van publicatie hieraan debet zijn. De gewijzigde WHO-classificatie, die in 1979 werd voorgesteld en onlangs (1982) definitief is gepubliceerd, laat verbeteringen zien, die niet onvermeld mogen blijven. De veranderingen die zijn doorgevoerd, betreffen de subtypering van het kleincellige ongedifferentieerde carcinoom, het adenocarcinoom en het grootcellige ongedifferentieerde carcinoom. Hoewel de classificatie is gebaseerd op histologische criteria, worden nu gelukkig ook cytologische criteria genoemd. De cytologische kenmerken voor de differentiatie worden echter nog niet alom op dezelfde wijze gebruikt. Voor zowel de histologie als de cytologie blijft de differentiatie tussen de slecht gedifferentieerde carcinomen en de ongedifferentieerde carcinomen desondanks voor de patholoog-anatoom van dezelfde moeilijkheidsgraad.

Bij de opgave van de percentage-verdeling van de diverse carcinoomtypen (bl. 907) is het belangrijk te vermelden dat er duidelijke geografische verschillen bestaan. Verschillen gelden waarschijnlijk ook voor leeftijdsgroepen.

Bovenstaande toevoegingen zijn van belang, gezien de opmerking van de auteurs (bl. 912): „Nader onderzoek naar de behandeling van alle vormen van longcarcinoom is dringend gewenst.”

Literatuur: KREIBERG, L. (1976) *International histological classification of tumors*, Vol. I. World Health Organization, Genève. – WAL, A.M. VAN DER, J.D. ELEMA, H.M. JANSEN e.a. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 906. – World Health

Organization (1982) *Histological typing of lung tumours. Amer. J. clin. Path.* 77, 123.

Utrecht, mei 1982

SJ.SC. WAGENAAR

Zoals collega Wagenaar al veronderstelt kwam de publicatie van de gewijzigde WHO-classificatie korte tijd na het inzenden van ons artikel over de therapie van het longcarcinoom. Inmiddels wordt deze gewijzigde classificatie ook door ons gebruikt. Essentieel voor het artikel, dat met name over de therapeutische aspecten van het longcarcinoom handelt, is dit niet, wel voor eventuele toekomstige en nu lopende researchprojecten.

Vele aspecten van het longcarcinoom, zoals o.a. ook geografische verschillen in voorkomen van de diverse typen, hebben wij in ons artikel, dat toch al lang is en de nadruk op de therapie legt, helaas buiten beschouwing moeten laten.

Groningen, juli 1982

A.M. VAN DER WAL

Chirurgie van de lever

De resultaten die prof. DEN OTTER (1982) heeft bereikt met zijn leveroperaties verdienen grote bewondering. Enkele opmerkingen bij zijn *caput selectum* lijken mij evenwel gewenst.

Over de nomenclatuur van leverresectie bestaat veel internationale verwarring. De vascularisatie van de lever bestaat uit twee segmentaal opgebouwde systemen, één uitgaande van de vena portae en de arteria hepatica, en één uitgaande van de suprahepatische venen; beide systemen zijn onderling interdigiterend vervlochten. Gebaseerd op deze systematiek zijn 8 portale en 3 suprahepatische leversegmenten te onderscheiden (COUINAUD 1957). De portale segmenten zijn tot 4 portale sectoren te combineren, een linker en rechter paramediane en een linker en een rechter laterale sector. Hemihepatectomie wordt uitgevoerd langs de portale scissuur tussen de beide paramediane sectoren, verlopend van het galblaasbed naar de vena cava inferior. Klieft men de lever langs de suprahepatische umbilicale scissuur, die ook het scheidingsvlak vormt tussen de portale segmenten IV en III, dan heeft men aan de ene zijde de klassieke rechter leverkwab en aan de andere kant de linker kwab. „Lobectomie” is daarom de meest passende naam voor een resectie langs deze scissuur (BISMUTH 1976; TON THAT TUNG 1979). Ook de minder fraaie term „uitgebreide rechter hepatectomie” („extended”, „élargie”) biedt weinig ruimte voor verwarring, in tegenstelling tot de benaming „trisegmentectomie”.

Hoe korter men de levercirculatie onderbreekt, hoe beter dit voor de te behouden leverrest zal zijn. Toch blijkt de lever niet zo gevoelig voor ischemie te zijn als lange tijd werd aangenomen. Honden kunnen minstens 45 minuten normotherme ischemie van de lever doorstaan, mits voor een goede portale decompressie wordt gezorgd (MACKENZIE e.a. 1975; VISSER e.a. 1975). Varkens verdragen zelfs een 2 uur durende afklemming van de levercirculatie bij normale temperatuur (NORDLINGER e.a. 1980). Ook bij de mens blijkt normotherme vasculaire afsluiting van de lever gedurende 45-65 minuten tijdens een grote resectie geen nadelige invloed te hebben op het postoperatieve metabolisme en de regeneratie van de leverrest. De 20 minuten limiet voor