

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. „Lobectomy” 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