

kleiner is ten tijde van de behandeling (FISHER e.a. 1969; SAY e.a. 1974) en dat geldt niet alleen voor mammacarcinoom. Het HIP-programma toonde aan, dat de sterfte aan mammacarcinoom na 5 jaar 30% lager was in de gescreende groep dan in de controlegroep. Is dat niet genoeg? Daar laat de commissie van de Gezondheidsraad zich niet over uit. Wel meent deze commissie, dat de lopende Nederlandse projecten zullen moeten uitwijzen of de Amerikaanse bevindingen in Nederland kunnen worden bevestigd, maar ook de buitenlandse deskundigen in Wolfheze bijeen, wezen erop, dat de lopende Nederlandse situaties niet zijn opgezet om die vraag te beantwoorden en hoogstwaarschijnlijk wachten wij dus op iets dat niet komen gaat.

Evenmin ben ik het eens met de stelling, dat zinvol alleen in termen van overlevingspercentages moet worden afgemeten. De meest storende inconsequentie is, dat alle bezwaren, die tegen vroeg detectie d.m.v. mammografie worden aangevoerd, ook tegen zelfonderzoek (een veel minder effectieve methode dan mammografie) zijn in te brengen, maar zelfonderzoek wordt in Nederland wel door alle instanties en deskundigen gepropageerd. Misschien omdat het goedkoper is? Ook dat is nooit aangetoond. Er bestaat over zelfonderzoek evenmin een betrouwbare kostenbatenanalyse. Ik blijf dus onverminderd aan mijn standpunt vasthouden: „De afwachtende houding van de Gezondheidsraad (commissie) is niet in het belang van de Nederlandse vrouwen – hij laat een aantal belangrijke vorderingen van de kankerbestrijding onbenut.”

Literatuur: FISHER, B. e.a. (1969) *Cancer* 24, 1071. – LETTON, A.H. e.a. (1981) *Cancer* 48, 404. – SAY, C.C. e.a. (1974) *Cancer* 34, 468. – ZWAVELING, A. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1191.

Rijswijk, juli 1982

D.W. VAN BEKKUM

Natuurlijk waren de resultaten van het H.I.P.-programma aan de commissie van de Gezondheidsraad bekend, maar terecht heeft deze zich niet uitsluitend op de gunstige effecten, verkregen bij patiënten boven de 50 jaar, willen verlaten. Deze opvatting verschilt niet van die van de genoemde conferentie: „The evidence available so far indicates the value of screening asymptomatic women aged 50 and over by the combination of mammography and physical examination of the breasts. Answers to some outstanding questions are required, however, before any decision as to desirability of introducing mass screening programmes for breast cancer may be made. The studies presently in progress should, within the next decade, provide the necessary data. It should be noted that results from experimental studies cannot necessarily be directly translated into practice.”

Wat het zelfonderzoek betreft, lijkt mij de vraag van Van Bekkum of dit zoveel goedkoper is dan, ja dan wat, enigszins overtrokken. Het bijbehorende Editorial (1982) in *The Lancet* heeft daar toch wel een andere mening over. Wanneer men ervan uitgaat, zoals Van Bekkum doet, dat de grootte van de tumor direct gelieerd is aan de prognose, dan lijkt het toch wel zinvol te zijn om een tumor – ook al is dat op microscopisch niveau – in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken. Ik geef overigens toe, dat over de waarde van zelfonderzoek vrijwel geen literatuur voorhanden is.

Uitgemaakt dient nog te worden, in hoeverre de opsporing op microscopisch niveau van kankers in situ werkelijk de prognose verbetert. Wij weten niet, welk gedeelte daarvan inderdaad zal uitgroeien tijdens het leven tot infiltratief carcinoom, maar wel is zeker, dat behandeling

van al deze „tumoren” de kosten van de volksgezondheid doet toenemen. Verder onderzoek hiernaar en unificatie van pathologisch-anatomische diagnoses zijn noodzakelijk. De kosten van massascreening moeten niet onderschat worden, waarop het genoemde Editorial eveneens wijst. Het is onwaarschijnlijk dat deze terugverdiend worden door besparingen ten gevolge van de vroege opsporing.

Literatuur: Editorial (1982) *Lancet* I, 1103. – MILLER, A.B. en R.D. BULBROOK (1982) *Lancet* I, 1109.

Leiden, augustus 1982

A. ZWAVELING

De opmars van Chlamydia trachomatis

In het artikel van LAMBERS c.s. (1982) mis ik als medicus practicus het volgende:

Wat vindt men bij deze aandoening in het eenvoudige urine-onderzoek? Wat vindt men in het sediment? Is de nitriettest positief?

Literatuur: LAMBERS, J.C.C.A., H.A.M. NEUMANN, R.E. BOELEN en P.J.M. BERRETTY (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1080.

Wassenaar, juni 1982

J. HULS

Collega Huls heeft in ons artikel tevergeefs gezocht naar een eenvoudige binnen de huisartsenpraktijk toepasbare methode voor het aantonen van *Chlamydia trachomatis* (CT). Ook bij het doornemen van verdere literatuur betreffende dit micro-organisme zal hij op dit punt teleurgesteld worden. Het opsporen van CT hoort thuis in daartoe gespecialiseerde laboratoria waarvan er in ons land helaas nog te weinig zijn. Op het ogenblik maakt men voornamelijk gebruik van weefselkweektechnieken, al zal binnen korte tijd waarschijnlijk ruim plaats worden gemaakt voor immunofluorescentiemethoden.

In principe kan een enthousiast medicus practicus in zijn eigen laboratorium CT trachten aan te tonen door geschikt materiaal d.m.v. Giemsa te kleuren en het daarna onder de donkerveld-microscoop te onderzoeken: de *Chlamydia*-inluitsellichaampjes manifesteren zich dan als citroengele bolletjes tegen een donkere achtergrond. Dit onderzoek is echter tijdrovend en geeft bovendien, zelfs bij gebruik van optimaal gekozen materiaal, een hoog aantal fout-negatieve uitslagen (SCHACHTER e.a. 1970). Bij het vermoeden op een *Chlamydia*-urethritis is het gebruik van urine of urinesediment als onderzoekmateriaal evenwel ongeschikt (SMITH en WEED 1975). De obligaate intracellulaire micro-organismen zullen in deze monsters nauwelijks vertegenwoordigd zijn aangezien ze zich in het overgangsepitheel van de meer proximale urinewegen niet kunnen handhaven. In theorie zou men voor Giemsa- of kweekonderzoek gebruik kunnen maken van een gesedimenteerde eerste urineportie. De praktijk heeft echter geleerd dat zelfs monsters van ecoulement voor kweektechnieken als inferieur moeten worden beschouwd. De beste onderzoekresultaten worden gezien bij het gebruik van materiaal verkregen met behulp van een intra-uretrale wattenstok. In de literatuur zijn we nergens mededelingen tegengekomen over uitkomsten van de nitriettest bij een *Chlamydia*-urethritis. Van de gastheercel geïsoleerd geraakte micro-organismen bezitten echter nauwelijks enige metabole activiteit. Op grond hiervan mag

worden verwacht dat de nitriettest bij Chlamydia-urethritis altijd negatief zal zijn (DAVIES 1982).

Literatuur: DAVIES, B.I. (1982) Persoonlijke mededeling. – SCHACHTER, J. e.a. (1970) *Amer. J. Ophthal.* 70, 375. – SMITH, T.F. en L.A. WEED (1975) *J. clin. Microbiol.* 2, 134.

Heerlen, augustus 1982

J.C.C.A. LAMBERS

Chirurgie van de lever

In een Caput Selectum geeft DEN OTTER (1982) een globaal overzicht over onder meer de techniek van de „uitgebreide” of „grote” leverresecties. Als aanvulling hierop kan een technisch hulpmiddel worden genoemd, waarmee in het ziekenhuis Leyenburg een bescheiden, doch gunstige ervaring werd verkregen. Door de in het artikel van Den Otter genoemde Aziatische chirurg LIN werd in 1973 een grote, flexible klem (zie fig. 1) beschreven, die een speciale sluiting bezit, waardoor losschieten wordt voorkomen. Nadat de lever is gemobiliseerd door het losmaken van alle ophangbanden, wordt de klem één à twee centimeter hiluswaarts van het voorgenomen resectievlak rondom de gehele leverkwab geplaatst, waardoor vaten en galgangen binnen het parenchym worden afgesloten (zie fig. 2). Vervolgens wordt distaal van de klem met behulp van de „finger-fracture”-techniek (of een technische variant daarop – Lin heeft daarvoor een speciale parenchym kneuzende klem ontwikkeld –) het pathologische leverdeel verwijderd (zie fig. 3). Volgens LIN (1974) is het daarbij overbodig de toevoerende vaten en galwegen in de leverhilus te teugelen.

Door ons werd 680 gram leverweefsel verwijderd van de rechter leverkwab van een 56-jarige patiënt, die een tweetal, op ruime afstand van elkaar gelegen metastasen bezat van een eerder verwijderd coloncarcinoom. Een uitsluitend abdominale toegangsweg was voldoende; het bloedverlies was opmerkelijk gering. Om de toevoerende vaten in de leverhilus waren veiligheidshalve wel teugels gelegd, maar het was inderdaad overbodig ze tijdelijk af te sluiten.

Ook in klinieken waar men niet van plan is om electieve leverresecties wegens primaire of secundaire tumorgroei uit te voeren, zal men toch af en toe gedwongen worden operaties aan de lever uit te voeren, voornamelijk bij traumata met ernstige bloeding. Het kan daarbij van groot voordeel zijn om over een betrekkelijk simpel hemostatisch instrument als de leverklem van Lin te beschikken. Uiteraard zal het gebruik hiervan gemakkelijker zijn naarmate de ruptuur zich meer lateraal in de rechter of linker leverkwab bevindt. De handgreep van Pringle zal meestal niet gemist kunnen worden. Essentieel is dat – ook onder enerverende omstandigheden – de ophangligamenten goed worden losgemaakt en dat het doorsneden ligamentum umbilicale als teugel wordt gebruikt om de lever in een positie te trekken die het plaatsen en sluiten van de klem mogelijk maakt.

Literatuur: LIN, T.Y. (1973) *Ann. Surg.* 177, 413; (1974) *Ann. Surg.* 180, 285. – OTTER, G. DEN (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 1043.

's-Gravenhage, juni 1982

J. BENDER

Flexibele klemmen die het leverweefsel omgrijpen en comprimeren zijn door velen beschreven, o.a. door NAKA-

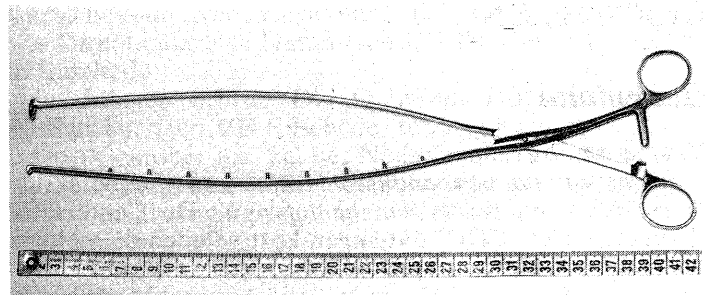


Fig. 1.

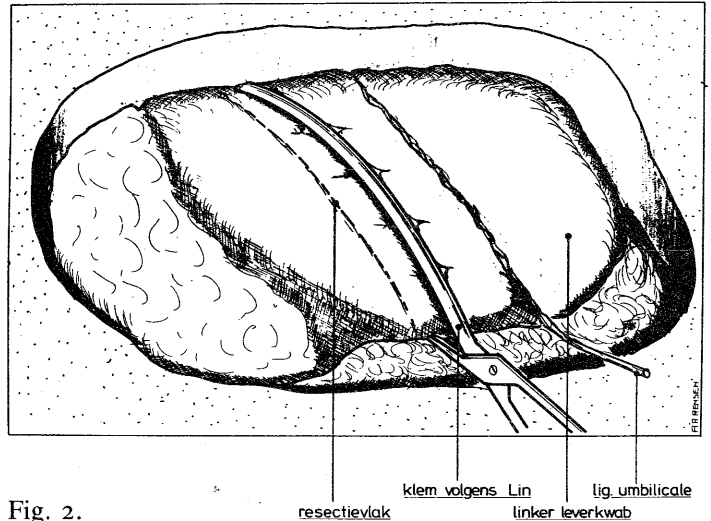


Fig. 2.

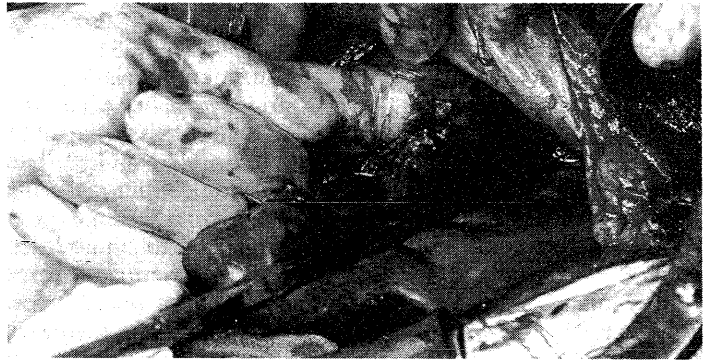


Fig. 3.

YAMA (1958), door STORM en LONGMIRE (1971) en ook door LIN (1974). Zij hebben vooral hun nut bij traumata van de lever en bij niet anatomische resectie van levertumoren. Het op de juiste wijze plaatsen van dergelijke klemmen is vaak verre van eenvoudig en terecht wijst collega Bender erop dat men van tevoren de ophangbanden van de lever dient los te maken, voordat men de klem plaatst. De manoeuvre volgens Pringle zal men meestal niet kunnen of willen missen. Het grootste bezwaar dat ik tegen deze klemmen heb, is dat zij een lastig obstakel vormen in het operatieterrein. Ik heb ze nooit gebruikt en om die reden in het artikel niet vermeld. Op zichzelf echter is de aanvulling van collega Bender juist, waarvoor mijn hartelijke dank.

Literatuur: LIN, T.Y. (1974) *Ann. Surg.* 180, 285. – NAKAYAMA, K. (1958) *Brit. J. Surg.* 45, 645. – STORM, F.K. en W.P. LONGMIRE (1971) *Surg. Gynec. Obstet.* 133, 103.

Amsterdam, juli 1982

G. DEN OTTER