

probleem, omdat het bij de onderscheiden procedures gaat om verschillende belangen.

Terecht heeft de tuchtrechter de arts niet aansprakelijk geacht voor zijn assistent, omdat die zelf bevoegd was, en de medische directeur niet voor de verpleegkundige. De enige mogelijkheid voor een tuchtrechtelijke veroordeling zou zijn geweest een

eigen fout van de arts, die in het handelen van de andere doorwerkte. Dat zou bijvoorbeeld in het ene geval de keuze van de therapie kunnen zijn geweest, in het andere geval bijvoorbeeld een fout in de instructies aan de verpleegkundige. Dergelijke eigen fouten waren in beide casus echter niet aan de orde.

## INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)*

### *Overgevoeligheid voor rubber operatie-handschoenen*

Vele artsen hebben last van overgevoeligheidsverschijnselen als zij rubber operatiehandschoenen hebben aangehad. Na lang zoeken heb ik de volgende oplossing gevonden, die mij voldoet. Misschien kan ik enkele collegae daarmee van dienst zijn.

Onder de rubber handschoenen eerst een paar toucher handschoenen (Ethiparat) aantrekken. Deze goedkope en slecht passende handschoenen zijn zo dun dat ze zich onder de rubber handschoenen volmaakt voegen en dan zichtbaar, noch voelbaar zijn en dus geen enkele last veroorzaken. Het merk is: Ethiparat einmal Handschuh, einzeln steriel verpackt, Best.nr. 3365 Johnson and Johnson.

Dokkum, december 1982

J.A. NORTIER

De redactie tekent hierbij het volgende aan: Bij verdenking op overgevoeligheid voor rubber handschoenen is het gewenst dat allergologisch onderzoek plaatsvindt. Blijkt hierbij overgevoeligheid voor thiuramverbindingen (hulpstoffen bij de rubberfabricage) te bestaan, dan kunnen handschoenen zonder thiuram worden geadviseerd (bijv. Elastyren, Van der Bend BV).

REDACTIE

### *Hoe vaak komt maagstompcarcinoom voor?*

Het artikel van dr. K. Welvaart en H.M. Warnsinck<sup>1</sup> geeft ons aanleiding tot enkele opmerkingen. De auteurs stellen, dat het hoogst onwaarschijnlijk lijkt, dat één van de nog levende personen uit hun serie nu een stompcarcinoom heeft zonder klachten of dat nog zal krijgen, mede omdat stompcarcinoom slechts tot gemiddeld twintig jaar post-operatief zou optreden. Rauwerda<sup>2</sup> en Haemers et al.<sup>3</sup> geven een veel langer gemiddeld post-operatief interval aan en Terjesen et al.<sup>4</sup> zelfs 28,5 jaar! Tevens is het onjuist te veronderstellen, dat klachtenvrije geopereerden geen stompcarcinoom kunnen hebben. Zelf vonden zij bij 1:50 klachtenvrije personen die langer dan 15 jaar tevoren partiële maagresectie voor een goedaardige aandoening hadden ondergaan, een – meestal vroeg en dus curabel – stompcarcinoom, Schrumpf et al.<sup>5</sup> zelfs bij 1:25 klachtenvrije personen. Er kan dus alleen gesteld worden, dat in het Leidse onderzoek minimaal 5 op 130 overledenen volgens CBS-gegevens aan maagcancer overleden zijn. Steffe-

laar et al.<sup>6</sup> hebben echter aangetoond, dat de kankerregistratie waarschijnlijk meer dan 30% afwijkt van de werkelijke situatie en dit geldt met name ook voor maagcancer. Bovendien worden in betrouwbare Scandinavische onderzoeken ruim tweemaal zoveel maagstompcarcinomen gevonden bij geopereerden als op statistische gronden te verwachten.<sup>7 8</sup> Ook wij menen, dat er zeker bij op jonge leeftijd geopereerden, die dus nog een lang post-operatief interval voor de boeg hebben, een ongeveer tweemaal zo hoge als te verwachten maagstompcarcinoomfrequentie is. Of dit al een veelvuldige controle van asymptomatische patiënten rechtvaardigt, blijft een open vraag. In ieder geval zijn uit het onderzoek van de auteurs geen conclusies te trekken, die de basis kunnen vormen voor een verandering van het huidige beleid,

#### LITERATUUR

- 1 Welvaart K, Warnsinck HM. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2374-6.
- 2 Rauwerda JA. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 632.
- 3 Haemers S, Hoste P, Elewout A, et al. Ned Tijdschr Geneesk. 1980; 124: 636.
- 4 Terjesen T, Erichsen HG. Acta Chir Scand 1976; 142: 256.
- 5 Schrumpf E, Serck-Jansen A, Stadaas J, et al. Lancet 1977; ii: 467.
- 6 Steffelaar JW, Feenstra K, Ruitenberg HM. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1400.
- 7 Helsing N, Hillestad L. Ann Surg 1956; 143: 173.
- 8 Krause H. Acta Chir Scand 1958; 114: 341.

Enschede  
Amsterdam, januari 1983

J. VAN DE STADT  
G.J.A. OFFERHAUS  
G.N. TYTGAT

Onze bewering dat het hoogst onwaarschijnlijk is dat in onze series van de levende personen alsnog een stompcarcinoom voorkomt, is gebaseerd op het feit dat onze kortste follow-up na de primaire resectie 26 jaar bedraagt, en de literatuur aangeeft dat het stompcarcinoom gemiddeld na een interval van 20 jaar optreedt. In het proefschrift van Rauwerda wordt een gemiddeld interval van de eigen patiënten berekend van 25,6 jaar;<sup>1</sup> Terjesen et al. stellen in hun artikel dat meestal een stompcarcinoom optreedt tussen het 20e en 25e jaar en hoewel zijzelf een gemiddeld interval berekenen van 28,5 jaar, voegen zij hier aan toe: „We have not found any other reports with an average interval as long as the 28,5 years found in our series.”<sup>2</sup>

Het is interessant dat Van de Stadt et al. hier mededelen dat zij bij één op de 50 asymptomatische personen, die langer dan 15 jaar tevoren een maagresectie hadden ondergaan, een stompcarcinoom hebben gevonden. Helaas worden geen verdere gegevens van dit onderzoek vermeld, zodat het voor ons moeilijk is de waarde van deze opmerking te schatten. Ik geloof evenals de inzenders dat het goed denkbaar is dat er mensen rondlopen met een asymptoma-