

(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)

*Een epidemiologisch onderzoek naar de mogelijkheden van vroege diagnostiek van longcarcinoom in de huisartspraktijk*

In zijn commentaar op ons artikel stelt Sluiter dat wij de vraag of patiënten met chronische longafwijkingen, gewoonlijk als „CARA” aangeduid, een verhoogde kans hebben op het krijgen van longcarcinoom op grond van onze gegevens ontkennend beantwoorden.<sup>1,2</sup> Hij acht deze conclusie niet gewettigd en voert daartoe een aantal argumenten aan. Wij vragen ons af of Sluiter de strekking van ons artikel wel goed heeft begrepen. Onze conclusie luidde dat de gegevens van ons onderzoek erop wezen dat gebruik van het kenmerk CARA de huisarts onvoldoende houvast biedt voor een beleid gericht op vroege opsporing van longcarcinoom. Wij hebben daarbij duidelijk gesteld dat het ons ging om het *houvast in de praktijk van de huisarts*. Wij zijn het met Sluiter eens en hebben zelf reeds in ons artikel vermeld dat in de onderzochte praktijken de hantering van het kenmerk CARA niet vlekkeloos zal zijn geweest. In twee van deze vier praktijken is echter onder auspiciën van het Asthmafonds een bevolkingsonderzoek verricht om alle patiënten met CARA op te sporen. De huisartsen die in deze vier praktijken werken zijn allen reeds vele jaren als staflid verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. Het komt ons voor dat wij op grond van deze omstandigheden met recht mogen stellen dat het aannemelijk is dat de hantering van het begrip „CARA” en de opsporing van patiënten met aandoeningen die hiertoe gerekend worden in deze vier praktijken zeker niet slechter zal zijn geweest dan in de gemiddelde Nederlandse huisartsenpraktijk. Toch bleek onder deze omstandigheden het kenmerk CARA niet bruikbaar om te kunnen discrimineren ten aanzien van de kans op longcarcinoom. Wij menen dat dit een bevinding is waaraan niet kan worden voorbijgegaan in het denken over de mogelijkheden van de huisarts ten aanzien van de vroege opsporing van longcarcinoom.

Wij zijn het natuurlijk geheel met Sluiter eens dat de huisarts een actieve houding moet aannemen en die patiënten moet verwijzen bij wie aan de mogelijkheid van carcinoom moet worden gedacht. De uitspraak van Sluiter dat dit vertaald kan worden in enkele honderden geredde levens per jaar lijkt ons echter een stelling waarvan de juistheid nog in de praktijk moet worden bewezen.

Het artikel van Sluis, Spreeuwenberg en Gill, waarnaar in verband hiermede wordt verwezen,<sup>3</sup> betreft geen epidemiologisch onderzoek doch slechts een casuïstische beschrijving van drie gevallen, waaraan onzes inziens geen bewijskracht kan worden ontleend. Uiteraard zijn wij het volledig eens met deze auteurs dat de huisarts moet streven naar een tijdige discriminatie tussen „pluis” en „niet pluis” en naar een vroege opsporing van bronchuscarcinoom. Het onderzoek waarover wij in het door Sluiter becommentarieerde artikel verslag hebben uitgebracht is juist een resultaat van ons zoeken naar een praktisch hanteerbaar hulpmiddel bij dit loffelrijke streven.

Ten aanzien van het door Sluiter voorgestane periodieke bevolkingsonderzoek vragen wij ons af of niet veel meer heil te verwachten is van een actieve bestrijding van het roken (met name van sigaretten). Het is aan weinig twijfel onderhevig dat daarmede een werkelijke preventie zou

worden bevorderd, niet alleen van bronchuscarcinoom maar ook van CARA.

LITERATUUR

- <sup>1</sup> Sluiter HJ. Een epidemiologisch onderzoek naar de mogelijkheden van vroege diagnostiek van longcarcinoom in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1200-2.
- <sup>2</sup> Huygen FJA, Hoogen HJM van den, Ferrée H, Smits AJA. Een epidemiologisch onderzoek naar de mogelijkheden van vroege diagnostiek van longcarcinoom in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1187-91.
- <sup>3</sup> Sluis P, Spreeuwenberg C, Gill K. Diagnostiek van bronchuscarcinoom in de huisartspraktijk. Huisarts en Praktijk 1982; 6: 55-61.

Nijmegen, juli 1983

F.J.A. HUYGEN

*Indicatiestelling voor computertomografie van de thorax*

Westra en Verbeeten stellen in hun Klinische Les dat de computertomograaf een kostbaar apparaat is, niet alleen in aanschaf maar evenzeer in exploitatie.<sup>1</sup> Het is volgens hen dan ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid optimaal gebruik te maken van de beperkte voorzieningen voor deze vorm van diagnostisch onderzoek. Om dit denkbeeld toe te lichten wordt het ziektebeeld beschreven van een 70-jarige man met een klein perifeer plaveiselcelcarcinoom van de rechterlong. Uitgebreid röntgenonderzoek van longen, thoraxwand en mediastinum toont geen ingroei in het thoraxskelet en geen aanwijzingen voor mediastinale lymfekliermetastasen. Het CT-onderzoek bevestigt bovengenoemde bevindingen.

Dat hier meer dan optimale diagnostiek is verricht zal duidelijk zijn. Of dit maatschappelijk verantwoord is valt te betwijfelen. Soort en uitgebreidheid van het stageringsonderzoek zijn afhankelijk van het type bronchuscarcinoom en de algemene vitaliteit van de patiënt. Kleine (T<sub>1</sub>) perifere adeno- en plaveiselcelcarcinomen metastaseren in minder dan 5% van de gevallen naar de mediastinale lymfeklieren,<sup>2,5</sup> dit in tegenstelling tot het kleincellige en ongedifferentieerd grootcellige carcinoom.<sup>4,5</sup> In vele klinieken wordt dan ook bij perifere adeno- en plaveiselcelcarcinomen de mediastinoscopie achterwege gelaten. Computertomografie van het mediastinum ter beoordeling van de mediastinale lymfeklieren is volgens sommigen even beperkt als het standaardröntgenonderzoek van het mediastinum.<sup>6,7</sup> De sensitiviteit van het CT-onderzoek ter beoordeling van mediastinale lymfekliermetastasering is ca. 65%, de specificiteit ca. 92%.<sup>8,9</sup>

Extrapulmonale uitbreiding van het bronchuscarcinoom laat zich met behulp van de computertomograaf goed aantonen (sensitiviteit ca. 87%, specificiteit ca. 92%).<sup>8</sup> Een perifeer gelokaliseerd plaveiselcelcarcinoom met ingroei in de thoraxwand behoeft echter geen contra-indicatie te zijn voor chirurgische behandeling.<sup>10</sup>

CT-onderzoek naar metastasen op afstand (longen, hersenen en bovenbuik) kan zin hebben indien we te maken hebben met een adenocarcinoom, een kleincellig of ongedifferentieerd grootcellig carcinoom. Modini e.a. vonden bij 24 van de 85 patiënten (d.i. 28,2%) met een bronchuscarcinoom asymptotatische metastasen.<sup>8</sup>

Computertomografie kan belangrijk zijn bij de stagering