

(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

van het bronchuscarcinoom. Het conventionele röntgenonderzoek kan daardoor sterk beperkt worden. CT-onderzoek bij de door Westra en Verbeeten gepresenteerde patiënt heeft helaas niet geleid tot vermindering van diagnostiek.

#### LITERATUUR

- 1 Westra D, Verbeeten Jr B. Indicatiestelling voor computertomografie van de thorax. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 617-21.
- 2 Stanford W, Steele S, Armstrong RG, Larsen GL. Mediastinoscopy: Its application in central vs peripheral thoracic lesions. Ann Thorac Surg 1975; 19: 121-6.
- 3 Baggs KJ, Braun JR. An evaluation of mediastinoscopy as a guide to diagnosis and therapy. Arch Surg 1976; 111: 703-6.
- 4 Hutchinson CM, Mills NL. The selection of patients with bronchogenic carcinoma for mediastinoscopy. J Thorac Cardiovasc Surg 1976; 71: 768-73.
- 5 Baker RR, Lillemoie KD, Tockman MS. The indications for transcervical mediastinoscopy in patients with small peripheral bronchial carcinoma. Surg Gynecol Obstet 1979; 148: 860-2.
- 6 Spiro SG, Edwards D, Harper PG, Geddes DM, Souhamie RL. Computed tomography of the thorax in the diagnosis and management of malignant disease. Br J Dis Chest 1982; 76: 209-22.
- 7 Moak GD, Cockerill EM, Farber MO, Yaw PB, Manfredi F. Computed tomography vs standard radiology in the evaluation of mediastinal adenopathy. Chest 1982; 82: 69-75.
- 8 Modini C, Passariello R, Iascone C. TNM staging in lungcancer: Role of computed tomography. J Thorac Cardiovasc Surg 1982; 84: 569-74.
- 9 Pugatch RD, Faling LJ. Special report: Computed tomography of the thorax: A status report. Chest 1981; 80: 618-26.
- 10 Hansen H. Lungcancer. International congress series. Amsterdam: Excerpta Medica, 1980; 525.

Alkmaar, mei 1983

J.H. POT

De ingezonden reactie van Pot op onze klinische les geeft aanleiding tot enkele opmerkingen. Pot onderschrijft het streven van de klinische les de indicatie voor computertomografie van de thorax op zinvolle wijze te beperken. In dat kader acht hij de gepresenteerde patiënt met bronchuscarcinoom (adenocarcinoom) als voorbeeld niet geslaagd. Naar zijn mening namelijk was het computertomogram bij die patiënt niet geïndiceerd. Pot stelt dat een belangrijke groep onderzoekers geen mediastinoscopie verricht bij patiënten met een klein (T<sub>1</sub>) perifere adenocarcinoom of plaveiselcelcarcinoom omdat dan zelden, namelijk in minder dan 5% der gevallen, lymfekliermetastasering naar het mediastinum wordt gevonden.

Wij zien af van de vraag of men bij deze groep patiënten de kans van 5% op een onnodige operatieve ingreep niet zou willen verkleinen door te trachten die paar gevallen met lymfekliermetastasering naar het mediastinum op te sporen met behulp van computertomografie. Dan blijft bij onze patiënt nog de vraag bestaan of met het conventionele röntgenonderzoek stadium T<sub>1</sub> inderdaad was vastgesteld.

Het zogenaamde TNM-systeem wordt gebruikt voor het stageren van maligne tumoren. Bij het bronchuscarcinoom wordt T<sub>1</sub> gedefinieerd als een tumor die kleiner is dan 3 cm, omgeven is door long of viscerale pleura zonder tekenen van invasie en die de lobaire bronchus nog niet heeft bereikt.<sup>1</sup> Onze patiënt voldeed niet aan deze voorwaarden. Immers, zoals de opletende lezer heeft kunnen vaststellen, was met thoraxfoto's in twee richtingen een vermoedelijke tumor met een doorsnede van ca. 3 cm gevonden, die zich leek uit te strekken over twee kwabben en niet van de achterste thoraxwand kon worden afgebakend. Deze informatie biedt wel heel weinig zekerheid voor goede staging van de tumor.

Met computertomografie kan daarentegen met meer zekerheid worden vastgesteld of de tumor is doorgroeid tot buiten de viscerale pleura en of de tumor nog tot één kwab is beperkt of zich over 2 kwabben uitstrekt, terwijl ook de grootte van de tumor (in dit geval het antwoord op de

vraag of de tumor groter of kleiner is dan 3 cm) nauwkeuriger kan worden vastgelegd.

Om aan te tonen dat het om stadium T<sub>1</sub> gaat (op grond waarvan zou kunnen worden afgezien van eventuele pre-operatieve mediastinoscopie) is dan ook in een geval als onze patiënt, computertomografie gewenst.

#### LITERATUUR

- 1 Kagan AR, Steckel RJ. Pulmonary mass in a smoker: pre-operative imaging for staging of lung cancer. AJR 1981; 136: 739-45.

Amsterdam, juni 1983

D. WESTRA  
B. VERBEETEN JR.

### *Centraal Medisch Tuchtcollege waarschuwt jonge waarnemende arts, nog niet tot huisarts opgeleid, wegens het niet bezoeken van een patiënt*

Indien kritiek op de uitspraken van Medische Tuchtcolleges is toegestaan, luidt de mijne op de vermelde in het Tijdschrift<sup>1</sup> als volgt.

1. Het vertrouwen in de stand der geneeskundigen is ondermijnd door:

- de arts, over wie geklaagd is: door tot tweemaal toe te weigeren een kindje te bezoeken dat op de omgeving een ernstig zieke indruk maakte waarbij de telefonisch gemelde symptomen voor elke arts, laat staan één met geringe praktische ervaring, een absolute indicatie tot direct bezoeken vormden;
- het college in Eerste Aanleg: door de genoemde arts niet te bestraffen;
- de beide getuigen-deskundigen, hoogleraar huisarts-geneeskunde: door breedvoerig een „open deur in te trappen” (het gelijktijdig waarnemen van verschillende praktijken veroordelend) zonder het weigeren van bezoeken te veroordelen;
- het Centraal Medisch Tuchtcollege: door op het niet-bezoeken slechts „de maatregel van waarschuwing toe te passen”;
- door geen woord te wijden aan het door de sub 1 genoemde arts veroorzaakte leed door geen der genoemde beoordelaars.

2. Van de genomen beslissingen gaat niet in het minst een preventieve werking uit.

Geconcludeerd moet worden dat het genoemde vertrouwen zodanig wordt ondermijnd dat het algemeen belang eist dat tuchtrechtelijke rechtspraak ontnomen wordt aan medici.

#### LITERATUUR

- 1 Centraal Medisch Tuchtcollege waarschuwt jonge waarnemende arts, nog niet tot huisarts opgeleid, wegens het niet bezoeken van een patiënt. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1019-20.

Den Haag, juni 1983

H.K. SCHEFFER

### *Tien jaar coronariachirurgie*

Het Rotterdamse Thoraxcentrum kan bogen op zeer fraaie cardiochirurgische resultaten.<sup>1</sup> Dit komt vooral tot uiting in de overlevingscurve. Deze blijkt voor de patiënten die coronariachirurgie ondergingen, overeen te komen met die van het qua leeftijds- en geslachtsverdeling vergelijkbare deel van de Nederlandse bevolking.