

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, Iacono 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 (T₁) perifeer 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 T₁ inderdaad was vastgesteld.

Het zogenaamde TNM-systeem wordt gebruikt voor het stageren van maligne tumoren. Bij het bronchuscarcinoom wordt T₁ 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.¹ 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 T₁ 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 Tijdschrift¹ 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.¹ 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.

Van de 52 patiënten, die bij het na-onderzoek niet meer in leven bleken te zijn, waren 39 of 75% aan een cardiale en 13 aan een niet-cardiale doodsoorzaak overleden.

In de doodsoorzakenstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek² is geen leeftijdsgroep te vinden, bij wie niet-cardiale doodsoorzaken een zo gering percentage van de sterfte innemen. Slechts bij de hoogbejaarden (75 jaar en ouder) vormt het totaal van alle hart- en vaatziekten omstreeks 50% van de sterfte. In alle andere leeftijdsgroepen is dit percentage veel lager en het aandeel van de niet-cardiale doodsoorzaken derhalve veel groter. Hieruit mag worden afgeleid dat de ter operatie aangeboden groep patiënten een zeer goede levenskans had ten aanzien van het totaal van alle niet-cardiale doodsoorzaken en als zodanig als zeer select moet worden beschouwd. De auteurs wijzen er op, „dat het geselecteerd worden voor een grote chirurgische ingreep op zichzelf inhoudt, dat de patiënt geen andere ernstige ziekte heeft”. De invloed van deze selectie lijkt echter wel zeer groot te zijn geweest.

Men moet aannemen, dat de operatief behandelde patiëntenpopulatie, als zij niet zou zijn geopereerd, een sterfte zou hebben getoond, die ten gevolge van vooral cardiale doodsoorzaken, duidelijk hoger zou zijn geweest dan die van de Nederlandse bevolking. Dat dit, dank zij operatief ingrijpen, niet meer het geval is, blijft tot grote voldoening stemmen. Men zou zich echter vergissen, als men op grond van de normaal geworden overlevingscurve zou menen, dat ook de cardiale sterfte „normaal” is geworden.

LITERATUUR

- ¹ Laird-Meeter K, Katen HJ ten, Domburg RT van, et al. Tien jaar coronariachirurgie; resultaten bij 1041 patiënten, geopereerd in het Thoraxcentrum te Rotterdam. *Ned Tijdschr Geneesk* 1983; 127: 988-94.
² Centraal Bureau voor de Statistiek. Maandstatistiek van bevolking en volksgezondheid 1980; 60-3.

Wijhe (Ov.), juni 1983

D. HOOGENDOORN

Allereerst moet erop gewezen worden, dat ons onderzoek niet opgezet was om aan te tonen dat de overlevingskansen voor patiënten met angina pectoris mét coronariachirurgie beter is dan zónder. Hiervoor zou een controlegroep nodig geweest zijn welke gelijktijdig alleen medicamenteuze therapie ontving maar vergelijkbaar was in leeftijd, sekse en soort coronaria-afwijkingen. Daar deze controlegroep niet bestond, kan uit onze gegevens alleen geconcludeerd worden dat de overlevingskans van de geopereerden goed is. Dat de sterfte aan een cardiale oorzaak hoog is, valt eigenlijk niet te verwonderen gezien de samenstelling van de onderzochte groep patiënten.

De selectieprocedure voor coronariachirurgie bestaat uit diverse onderdelen. Allereerst moet de patiënt zelf bereid zijn de operatie en het noodzakelijke onderzoek te ondergaan, de patiënt moet verwezen worden vanuit de eerstelijnszorg en, tenslotte, niet blijken te lijden aan een andere direct levensbedreigende ziekte. Door dit proces ontstaat inderdaad een patiëntengroep die, eenmaal geselecteerd voor chirurgie, onafhankelijk van het feit of de operatie wordt uitgevoerd of niet, een betere overlevingskans heeft dan niet geselecteerden. Hierdoor wordt het effect van een operatieve ingreep makkelijk overschat. Dit is onder meer aangetoond bij patiënten met oesophagusvarices die werden geselecteerd voor een (profylactische) porto-cavale shuntoperatie.¹ Dat dit ook geldt voor het in aanmerking komen voor coronariachirurgie lijkt waarschijnlijk. Hiermede wordt er nogmaals de nadruk op gelegd hoe waardevol prospectief gerandomiseerde studies zijn voor het aantonen van therapeutische effecten.²

LITERATUUR

- ¹ Resnic HH, Chalmers TC, Ishihara AM, et al. A controlled study of the prophylactic proto caval shunt. *Ann Int Med* 1969; 70: 675-88.
² Chalmers TC. Randomization and coronary artery surgery. *Ann Thorac Surg* 1972; 14: 323-6.

Rotterdam, juni 1983

K. LAIRD-MEETER

BERICHTEN

Buitenland

FRANKRIJK

Buikligging van de zuigeling nadelig voor skeletontwikkeling. – Er bestaat verschil van opvatting over de gevolgen van de buikligging van jonge zuigelingen. Christiane Franco schrijft over het na-onderzoek van 384 kinderen van 7-8 jaar oud, van wie er 137 als zuigeling in buikligging en 247 in rugligging waren verzorgd (*Rev Hyg Méd scol* 1982; 35: 67-75). Het onderzoek vond plaats in het departement van de Jura bij kinderen die in dezelfde periode waren geboren. De buikliggers bleken er minder goed aan toe te zijn. Het gelaat was verlengd en versmald, de tanden stonden onregelmatiger in het gebit en de bovenkaak was verkleind met een spits gehemelte. De doorgankelijkheid van de neus was vaak onvoldoende. De thorax was in het algemeen plat en vaak bestond er een hyperlordose. De schrijfster wijt deze afwijkingen aan het gemakkelijk te vervormen skelet bij jonge zuigelingen en raadt een met elke voeding alternerende zijligging aan. Hierbij is er een goede bewegelijkheid van de armen en benen en worden heup en voet niet tot een

geforceerde extensie gedwongen. De druk op het gelaat en de thorax is dan ook minder eenzijdig gericht (referaat *Presse Méd* 1983; 12: 1452).

A.L. NOORDAM

Binnenland

VERGADERINGEN, CONGRESSEN, CURSUSSEN

Boerhaave cursus „Hypnose in de medische praktijk”. – De Boerhaave Commissie en de Nederlandse Vereniging voor Hypnotherapie zullen op 15 en 16 september a.s. in het Leeuwenhorst Congrescentrum te Noordwijkerhout een cursus houden over „Hypnose in de medische praktijk”. Cursusleiders: R. van Dyck (Oegstgeest), E. Hoencamp (Rijswijk) en Ph. Spinhoven (Oegstgeest). De cursus is bedoeld voor huisartsen, anesthesisten, gynaecologen, psychiaters, kinderartsen, sportartsen en klinisch psychologen.