

bestudeerden 40 vrouwen met een ovulatoire cyclus (bij anovulatoire cycli moet er vanzelfsprekend een ander mechanisme werkzaam zijn) gedurende 96 cycli, waarbij vanaf 5 dagen vóór de menstruatie regelmatig bloed werd afgenomen. Zij vonden dat er geen bepaald progesteron- of oestradiolminimum bestond waarbij de menstruatie moest optreden. Bovendien bleek bij sommige vrouwen op de dag dat zij begonnen te menstrueren juist een verhoogd progesteron- en (of) oestradiolpeil te bestaan, terwijl omgekeerd bij sommige vrouwen dit peil gedurende enkele dagen laag was, zonder dat de menstruatie begon. Deze waarnemingen doen vele theorieën over het complexe gebeuren van de menstruatie wankelen. Ook de onderzoeken van Schmidt-Gollwitzer e.a.² waaruit zij concludeerden dat de hoofdfunctie van het oestradiol is het doen toenemen van de progesteronreceptoren in het cytoplasma, waarna het progesteron de vorming van de hormoon-receptorcomplexen reguleert en de migratie daarvan naar de kernen bevordert, komen dan op losse schroeven te staan. Het is duidelijk dat de menstruatie nog veel onderzoek behoeft.

LITERATUUR

- Godfrey KA, Aspillag MO, Taylor A, et al. Br J Obstet Gynaecol 1981; 88: 899.
- Schmidt-Gollwitzer M, Eiletz J, Genz T, et al. J Clin Endocrinol Metab 1979; 49: 370.

P.G. HART

Heelkunde

Behandeling van asymptomatische patiënten met thoracale steekwonden

Het is bekend dat kort na het toebrengen van thoracale steekwonden fysisch, diagnostisch en röntgenologisch vaak

geen afwijkingen worden gevonden, terwijl later toch een haemato- of pneumothorax ontstaat.

Weigelt en medewerkers gingen prospectief 110 van zulke patiënten na.¹ Bij opname hadden zij een normale thoraxfoto. Aansluitend werd dan nog een thoraxfoto bij in- en expiratie genomen, hetgeen na 6 uur herhaald werd. Was de foto ook dan negatief, dan volgde ontslag en werd poliklinische controle na 24 uur afgesproken. Na 6 uur werd bij 10 patiënten (9%) alsnog een pneumo- en (of) haematothorax aangetoond, doch daarna niet meer, hoewel 43 patiënten (39%) zich aan de poliklinische controle na 24 uur onttrokken. Zij hebben zich echter ook in een latere fase niet met klachten gemeld. Alleen degenen met röntgenografische afwijkingen werden, gedurende gemiddeld 5 dagen, opgenomen en deels conservatief, deels met thoraxdrainage behandeld. De schrijvers adviseren dan ook 6 uur observatie op het ongevallencentrum en vervolgens ontslag wanneer de controlefoto normaal blijft. Ook anderen hebben de ervaring dat dergelijke patiënten na 6 uur geen pneumo- of haematothorax meer krijgen. Een kostenanalyse van deze patiënten toonde aan dat het hier om een bedrag van totaal \$ 104.000,- ging! Burch meldt in de discussie (het artikel van Weigelt et al.¹ is een verslag van een voordracht) daarentegen toch wel eens röntgenografische veranderingen op de thoraxfoto na 6 uur gezien te hebben en acht mede uit medisch legale overwegingen, gezien het hoge percentage (39%) patiënten dat zich aan de controle onttrok, een 24-uursobservatie van belang. Wat de kostenfactor betreft berekent hij dat een 6-uursobservatie \$ 111,50 kost, 24 uur \$ 229,50 en 48 uur \$ 389,50.

LITERATUUR

- Weigelt JA, Aurbakken CM, Meier DE, Thal ER. Management of asymptomatic patients following stab wounds to the chest. J Trauma 1982; 22: 291.

L.A. BOUVY

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)

Hoe ruim moet een melanoom van de huid worden verwijderd?

In zijn artikel stelt Welvaart voor,¹ in afwachting van de resultaten van prospectief onderzoek op dit gebied, nu reeds smallere excisiemarges uit te voeren, zoals aangeraden door Day et al.²

Volgens mij is het op dit ogenblik gevaarlijk om enkel op basis van retrospectieve onderzoeken dergelijke richtlijnen voor te stellen. In de meeste van deze onderzoeken werden inderdaad wel melanomen van één zelfde dikte vergeleken, maar met de verschillen in lokalisatie ervan werd geen rekening gehouden. Melanomen met een intrinsiek betere prognose (bijv. het aangezicht of de benen) werden waarschijnlijk om esthetische redenen vaak met smallere marges weggesneden dan melanomen met intrinsiek slechtere prognose (gelegen in de BANS-regio: upper-Back, posterior Arm, posterior Neck, posterior Scalp). De relatief goede prognose van de melanomen die smal werden weggesneden werd mogelijk hoofdzakelijk bepaald door

het groter aantal melanomen met gunstige lokalisatie in deze groep.

Ik ben akkoord dat door het breed excideren van een aangezichtsmelanoom met het opofferen van belangrijke structuren zoals ogen, oogleden, nervus facialis enz. men zijn patiënten waarschijnlijk meer kwaad dan goed doet. Bij een patiënt daarentegen met een melanoom van 0,75 mm dikte, gelegen op de schouder (BANS-regio) zou ik een bredere excisie voorstellen dan de 1,5 cm marge zoals aangeraden door Day et al. Het gaat hier immers niet om een verminkende chirurgie en misschien kan aldus toch in zeldzame (?) gevallen een latere uitbreiding van de kanker vermeden worden.

Geneesmiddelen worden soms uit de handel genomen omdat ze in slechts één geval op tientallen duizenden toedieningen een fatale afloop veroorzaakten. Het aantal melanoompatiënten in de huidige retrospectieve onderzoeken overschreed in de grootste ervan amper de duizend. Bij een dergelijk potentieel dodelijke ziekte mogen geen risico's genomen worden en moet men over onderzoek bij een zeer groot aantal patiënten beschikken

alvorens definitieve conclusies te kunnen trekken.

Hoogstens mag op grond van de huidige bevindingen gezegd worden dat een uitgebreid prospectief onderzoek, om het probleem van de smalle versus brede excisie bij melanomen definitief op te lossen, ethisch verantwoord is. Enkel in het kader van een dergelijk onderzoek en in zeldzame gevallen om ernstig verminkende chirurgie te vermijden lijkt mij op dit ogenblik een smalle excisie aangewezen.

LITERATUUR

- 1 Welvaart K. Hoe ruim moet een melanoom van de huid verwijderd worden? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1868-70.
- 2 Day Jr CL, Mihm MC, Sober AJ, Fitzpatrick TB, Malt RA. Narrower margins for clinical stage I malignant melanoma. N Engl J Med 1982; 306: 479-82.

Berchem, oktober 1983

R. COLEBUNDERS

Ik heb getracht in mijn artikel aan te tonen, dat de *prognose* van een melanoom niet wordt beïnvloed door de marge van de excisie, en dat de eerste adviezen om een melanoom met een straal van 5 cm te verwijderen hebben berust op een onjuist uitgangspunt. Mijn conclusie is derhalve dat, wanneer de prognose er niet beter door wordt, een melanoom dus niet ruim hoeft te worden verwijderd.

Wanneer collega Colebunders stelt dat bij een potentieel dodelijke ziekte geen risico mag worden genomen ben ik het met deze uitspraak volledig eens. Mijn conclusie was echter dat bij het uitvoeren van minder rigoreuze excisies juist géén extra risico wordt genomen!

Wanneer door zoveel onderzoekers op grond van goed uitgevoerde retrospectieve studies (met name het WHO-onderzoek)¹ is gebleken dat er géén verband bestaat tussen de sterfte aan het melanoom en de uitgebreidheid van de excisie, is het weliswaar interessant om alsnog door middel van een prospectief onderzoek te bewijzen dat een ruime excisie niet nodig is, maar niet lonend, omdat de verwachting gering is dat na krappe excisie slechtere behandelingsresultaten worden gezien.

LITERATUUR

- 1 Cascinelli N., Esch EP van der, Breslow A., et al. Stage I melanoma of the skin: the problem of resection margins. Eur J Cancer 1980; 16: 1079-85.

Leiden, oktober 1983

K. WELVAART

Hydrops foetalis als gevolg van supraventriculaire tachycardie

Sobotka et al. beschrijven het klinische beloop en de medicamenteuze therapie bij een pasgeborene met supraventriculaire tachycardie.¹ Bij deze zuigeling werd na digitalisatie bij herhaling verapamil (Isoptin) gegeven in een dosering van 1 mg i.v. Doordat ik onlangs zelf een dergelijke patiënt behandelde, was ik verbaasd over de hoge dosis. In de literatuur wordt aanbevolen 0,1 mg/kg i.v.² Bovendien blijkt uit recente literatuurgegevens dat medicatie zelfs bij deze aanbevolen dosering zeer toxisch is voor pasgeborenen; verscheidene patiënten zijn beschreven met sterke hypotensie en hartstilstand na toediening.³ Indien digitalisatie geen effect heeft, is waarschijnlijk cardioversie te verkiezen. Een waarschuwing lijkt op haar plaats.

LITERATUUR

- 1 Sobotka MA, Exalto N, Dijkhuizen GH, Vorm DH van der. Hydrops foetalis als gevolg van supraventriculaire tachycardie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1671-3.
- 2 Porter CJ, Gillette PC, Garson A, et al. Effect of verapamil on supraventricular tachycardia in children. Am J Cardiol 1981; 48: 487-91.
- 3 Radford D. Side effects of verapamil in infants. Arch Dis Childh 1983; 58: 465-6.

's-Hertogenbosch, oktober 1983

J.H. HOEKSTRA

Hoekstra wijst terecht op de mogelijk toxische bijwerkingen van verapamil. De conclusie die hij (in navolging van Radford) hieruit meent te moeten trekken, namelijk dat na een onvoldoende effectieve digitalisatie cardioversie de voorkeur verdient boven verapamil, laten wij voor zijn rekening. In veler ervaring blijft verapamil een bijzonder waardevol geneesmiddel dat niet gediskwalificeerd dient te worden (zoals Radford in feite wel doet) wegens de niet vaak voorkomende bijwerkingen.

De voor de zuigeling geadviseerde dosis varieert van 1 mg per keer¹ tot 0,1-0,15 mg per kilogram lichaamsgewicht per keer.² Indien het mogelijk blijkt om de tachycardie te beëindigen met de laagst aangegeven dosering, verdient dit onzes inziens de voorkeur.

LITERATUUR

- 1 Soler-Soler J, Sagrista-Sauleda J, Cabrera A, et al. Effect of verapamil in infants with paroxysmal supraventricular tachycardia. Circulation 1979; 59: 876-9.
- 2 Gillette PC, Garson A. Pediatric cardiac dysrhythmias. Grune & Stratton, New York: 1981: 139.

Amsterdam, oktober 1983

M.A. SOBOTKA-PLOJHAR

Fissura ani

Het is jammer dat de collegae Van Vroonhoven en Schouten op de meer principiële inhoud van mijn aanvullend betoog op de klinische les niet zijn ingegaan.^{1 2} Het toevoegen van een behandeling aan de reeds gestelde alternatieven bij de fissura ani met een injectie zonder meer en de uitvoerige omschrijving op welke wijze niet alleen de chirurg een redelijk succes kan bereiken maar ook de huisarts, is niet meer dan een praktische suggestie vanuit mijn chirurgische opvattingen. De hoofdreden namelijk van mijn reactie op de klinische les is het feit dat daarin volledig voorbijgegaan wordt aan de pathofysiologische aspecten van de te bestrijden afwijking, met alle beperkende diagnostische en therapeutische consequenties vandien. Een ontwikkeling die past bij de indruk die zich bij mij in de loop der jaren heeft gevestigd, dat bij de behandeling van ziekten en afwijkingen in het algemeen, in het chirurgische milieu te weinig aandacht wordt geschonken aan de pathofysiologische achtergronden ervan en te veel aan de anatomische en technologische antecedenten, opgehangen aan statistisch meer of minder significante cijfers. Vele ziekteprocessen, zeker in de gastro-enterologie, geven zich niet zo gemakkelijk gewonnen.

LITERATUUR

- 1 Vroonhoven ThJMV van, Schouten WR. Fissura ani. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1273-5.
- 2 Vroonhoven ThJMV van, Schouten WR. Fissura ani. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1839.

Arnhem, oktober 1983

P. DE GRAAFF