

Het verheugt mij van collega Roelink te vernemen dat het onvolprezen secretariaat van onze Maatschappij ook in ethische zaken een helpende hand biedt. De door het wegvallen van specifieke organen van de KNMG ontstane leemte wordt aldus toch opgevuld. Het lijkt mij echter de vraag of de vervulling van deze taak door het Bureau van de Maatschappij wel een optimale oplossing is. Op zijn minst, lijkt mij, zou toetsing door, maar liefst ook betrokkenheid van de leden wenselijk zijn.

Amsterdam, november 1983

A. VAN DANTZIG

Melanoom, zwangerschap en orale anticonceptie

Na lezing van het artikel van Veen et al.¹ blijft bij mij nog een vraag over. Is het ook bekend of tumoren de betrouwbaarheid van de pil kunnen beïnvloeden?

Onlangs zag ik op het zuigelingenbureau een kind van welk de moeder tijdens orale anticonceptie toch zwanger was geworden en 3 maanden na de bevalling (per sectio caesarea bij 32 weken wegens zeer hoge bloeddruk) bleek zij een uitgebreid pancreascarcinoom te hebben.

Verdere bijzonderheden zijn mij thans niet bekend, daar ik alleen het kind en zijn tante heb gezien.

LITERATUUR

¹ Veen G, Rampen F.H.J. Melanoom, zwangerschap en orale anticonceptie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1865-8.

Uithoorn, oktober 1983

T.A.J. VAN DER PLOEG-PHAFF

Collega Van der Ploeg-Phaff beschrijft een patiënte met pancreascarcinoom bij wie een zwangerschap ontstond tijdens gebruik van orale anticonceptie. Dat de onderliggende maligniteit een invloed heeft gehad op de betrouwbaarheid van de pil is zeker mogelijk. Wij moeten dan niet zozeer denken aan een verstoring van de hormonale balans, zoals het geval kan zijn bij sommige hormoon producerende tumoren (ovariumcarcinoom, ACTH producerende tumoren zoals het oat-cell-carcinoom enz.), doch veeleer aan een gestoorde resorptie in de darm op basis van een pancreas-dysfunctie. Verder dient bij een abdominaal proces rekening te worden gehouden met misselijkheid en braken, met als gevolg een onbetrouwbare werking van de pil. Voor het maligne melanoom van de huid zou een dergelijke beïnvloeding heel wat moeilijker te verklaren zijn.

Amsterdam, november 1983

G. VEEN
F.H.J. RAMPEN
F.B. LAMMES

Kanttekeningen over de gevoeligheid, de specificiteit en de voorspellende waarden van diagnostische tests

Belangrijke aanvullende opmerkingen maken Knottnerus et al. bij het overigens zeer duidelijke en overzichtelijke artikel van Rümke.¹² Zij beamen dat diagnostische tests die in een bepaalde populatie zijn ontwikkeld niet a priori geschikt zijn voor toepassing in een andere populatie en stellen terecht dat weinig testmethoden zonder meer toe-

pasbaar zijn in de huisartspraktijk omdat deze meestal zijn geïjkt in een (poli-)klinische situatie. Specialisten en huisartsen zouden tot eigen diagnostische criteria moeten komen met het doel sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde van een test binnen de populaties waar deze disciplines werken te optimaliseren. Hoewel ik het in principe geheel eens ben met deze belangwekkende suggestie, wil ik toch de volgende, aanvullende, opmerking maken die voor het praktische handelen van de huisarts van belang is: zo lang (tot wanneer?) de huisarts niet beschikt over testmethodes die niet geïjkt zijn op „zijn” populatie, staat hem een belangrijk hulpmiddel ter beschikking om de diagnose met meer zekerheid te stellen of te verwerpen, nl. het verhogen van het aantal waarnemingen. Juist de huisarts kan gemakkelijk een patiënt gedurende enige tijd volgen. Gezien de intra-individuele variatie van biologische grootte en de overlap van de criteria voor ziek zijn bij „zieken” en „gezonden” in de algemene populatie, is dit een belangrijke methode om een diagnose met meer zekerheid te kunnen stellen en onjuiste verwijzingen c.q. behandeling te voorkomen. Belangrijk wordt dit juist dan als de testuitslag weinig van normaal (grenswaarden, cut off-points) afwijkt.

Van een belangrijke diagnostische test, nl. de bloeddrukmeting, zijn hierover nogal wat gegevens bekend en ik mag wel een enkel voorbeeld gebruiken.³ De beslissing „hypertensief” of „niet-hypertensief” kan nogal wat consequenties voor de betrokken persoon inhouden. In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel zittingen (waarnemingen) nodig zijn om een redelijk zekere uitspraak te kunnen doen. Uit de publicatie van Hebel et al.³ blijkt het aantal zittingen dat nodig is om de diagnose „hypertensie” met 90% sensitiviteit en 90% specificiteit te kunnen stellen:

Gevonden verschil met diastolische grenswaarde (90 mmHg)	Aantal metingen per zitting		
	2	3	∞
+ 5 mmHg	16	15	15
+10 mmHg	4	4	4
+20 mmHg	1	1	1

Hoe geringer het verschil is met de gestelde grenswaarde, hoe vaker de waarneming herhaald moet worden om een redelijk zekere diagnose te stellen.

Conclusie: Zolang de huisarts niet de beschikking heeft over diagnostische tests die in „zijn” populatie zijn geïjkt, is verhoging van het aantal waarnemingen vooral in grensgevallen van groot belang voor juiste diagnostiek en voorkoming van onterechte behandeling c.q. verwijzingen.

LITERATUUR

¹ Knottnerus A, Leffers P, Leeuwen YD van. Kanttekeningen over de gevoeligheid, de specificiteit en de voorspellende waarden van diagnostische tests. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1408-9.

² Rümke ChrL. Kanttekeningen over de gevoeligheid, de specificiteit en de voorspellende waarden van diagnostische tests. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 556-61.

³ Hebel JR, Apostolides AY, Deschinger P, Entwisle G, Su S. Within-person variability in diastolic blood pressure for a cohort of normotensives. J Chronic Dis 1980; 33: 745-50.

Nijmegen, augustus 1983

J.W. VAN REE

Met belangstelling lezen wij de reactie van Van Ree. Wat betreft hypertensie zijn wij het met hem eens dat de diagnostiek verbeterd kan worden door herhaalde bloed-