

artsen een beroepsgeheim hebben, houdt niet in dat patiëntengegevens – binnen de eigen medische kring – aan collega's mogen worden geopenbaard, anders dan in het kader van de actuele behandeling of anders dan met toestemming van de patiënt.¹¹⁻¹⁴ Naar mijn mening zal de aard van het publicatiemiddel wél van invloed kunnen zijn bij de keuze of de hoogte van de sanctie. Bij de vraag of de norm is overtreden, mag die vraag evenwel geen rol spelen. Overigens, publicatie in de medische vakpers kan ook leiden tot overname door niet-medische tijdschriften, waardoor de geheim te houden kennis toch bij een groot publiek terechtkomt. Bij gevalbeschrijvingen die opzien baren, ziet men zulks wel eens.¹⁵

LITERATUUR

- 1 Rang JF. Rechtspraak medisch tuchtrecht. Deventer: Kluwer, 1977.
- 2 Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 10 april 1946. Verslagen en Mededelingen Volksgezondheid 1946: 43.
- 3 Medisch Tuchtcollege Amsterdam, 3 oktober 1983. Nederlandse Staatscourant 1983; 248: 9.
- 4 Lindeboom GA. Beroepsgeheim en samenleving. In: Hermans EH, et al., red. Recent medisch ethisch denken I. Leiden: Stafleu, 1968: 271.

- 5 Leenen HJJ. Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Een gezondheidsrechtelijke studie. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1978: 184.
- 6 Wijnen FCB van. Recht op kwaliteit. Deventer: Kluwer, 1983: 20 (en noot 38 op bl. 37, die de term hulpverleningsovereenkomst introduceert).
- 7 Herten JHS van. Het gebruik van video op een PAAZ. Juridische overwegingen. Med Contact 1978; 33: 1100-2.
- 8 Leenen HJJ. Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Een gezondheidsrechtelijke studie. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1978: 177.
- 9 Kenter EGH. Euthanasie in een huisartsenpraktijk. Med Contact 1983; 39: 1179-83.
- 10 Grinten WCL van der. Het ziekenhuis en zijn juridische relaties met geneesheer en patiënt. In: Cerutti FFX, et al. (eds). De geneesheer en het recht. Deventer: Kluwer, 1968: 49.
- 11 Rang JF. De tuchtrechtelijke casuïstiek van het medisch beroepsgeheim. In: Hermans EH, et al., red. Recent medisch ethisch denken I. Leiden: Stafleu, 1968: 241 en 255.
- 12 Leenen HJJ. Het geheim in de gezondheidszorg. T Soc Geneesk 1969; 47: 844.
- 13 Hornstra R. Opmerkingen over het ambtgeheim van de arts. Soteria 1965; 9: 160.
- 14 Lindeboom GA. Opstellen over medische ethiek. Kampen: Kok, 1960: 55.
- 15 Kenter EGH. Euthanasie in een huisartsenpraktijk. Med Contact 1983; 39: 1179-83 (zie de vragen in de Tweede Kamer in Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1984; 39: 93-4).

Januari 1984

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)

Lokale resectie van osteosarcoom van het femur na chemotherapie gevolgd door reconstructie met een endoprothese

De zeer povere behandelingsmogelijkheden en -resultaten van het osteosarcoom lijken beter te worden dank zij de chemotherapie. Mede daardoor kan soms de primaire tumorhaard, als die in een van de lange pijpbeenderen is gelokaliseerd, niet door amputatie, maar door lokale resectie worden verwijderd. Collega Den Heeten et al. hebben hier onlangs enthousiast over bericht. Het is goed van de vorderingen op oncologisch gebied kennis te nemen, maar ter wille van de voorlichting zouden wij graag op twee vrij essentiële punten van het artikel commentaar willen geven.

1. De schrijvers zeggen in hun conclusie van mening te zijn dat na grote resecties van het femur (met bijbehorende musculatuur en weke delen) reconstructie met behulp van metalen endoprothesen voorlopig de enige oplossing is. Het gaat evenwel om een aandoening die meestal voorkomt tussen het 10e en 20e jaar, dat wil zeggen om jeugdige patiënten die nog vaak hun puberteitsgroeistoot moeten doormaken en nog een heel leven voor zich hebben. Het is een illusie dat metalen endoprothesen – en zeker die waarbij het gehele femur met aangrenzende gewrichten wordt vervangen – in dat geval een oplossing kunnen betekenen. Zware belasting gedurende lange tijd van endoprothesen, hoe ook gefixeerd, geeft een zeer grote kans op problemen. Daarom is het ook begrijpelijk dat gewrichtsvervanging door endoprothesen gereserveerd wordt voor oudere patiënten. Weliswaar adviseren de schrijvers dat „te grote mechanische belasting moet worden vermeden” en levenslang gebruik van een kruk, maar de problemen worden nog groter bij jongere patiënten die vaak 10 cm en meer zullen groeien in de epifyse schijven rondom de knie. Epifysiodes van het gezonde been leidt tot sterke lichamelijke

disproportie en tot slechte functie van het enige nog betrouwbare been. Als het femur wordt vervangen door een levenloze metalen prothese waaraan geen enkele spier – van het bekken of het onderbeen uitgaande – kan vasthechten, hebben we dan niet een patiënt met een lam been, zij het met gevoel en functie in de voet?

De schrijvers wijzen op de problemen na amputatie of exarticulatie van het femur: moeilijke prothese-voorziening en revalidatie. Na een onderbeenamputatie is de situatie in dat opzicht gunstiger. Het is in principe mogelijk, ook na een blokresectie van het dijbeen, een dergelijke situatie te bereiken door de Borggreve-van Nes-rotatieplastiek uit te voeren. Hierbij wordt het onderbeen 180° om zijn eigen lengte-as gedraaid en tegen de proximale femurstomp geplaatst, zodat het enkelgewricht gaat functioneren als kniegewricht. Er ontstaat een drastische beeninkorting, maar er is geen blijvend implantaat, en goede uitwendige prothesevoorziening wordt mogelijk. Een dergelijke plastiek is ook meer in overeenstemming met de huidige tendens om grote defecten na blokresecties van lange pijpbeenderen zoveel mogelijk met eigen bot te overbruggen en niet met behulp van „overmatige” endoprothesen.

2. Doeltreffende biopsie is nodig voor de diagnose. De schrijvers willen de plaats van de biopsie niet laten samen vallen met die waar later de lokale operatie moet worden uitgevoerd. Deze formulering kan aanleiding geven tot waarbij het hele biopsiekanaal *binnen* het te reseceren blok biopsie – open of „gesloten” – te rechtvaardigen, nl. die waarbij het hele biopsiekanaal *binnen* het te resecteren blok ligt. Waarom echter opnieuw biopsie gedaan ná de chemotherapie, waarvoor waarschijnlijk ook een nieuwe biopsieplaats nodig is? Het biopt geeft alleen maar informatie over eventuele veranderingen in dát kleine onderdeel van de tumor. Vlak ernaast kan een gebied liggen gevuld met schijnbaar onaangetaste cellen. Of, anders gezegd, het is een illusie te menen op grond van een biopt – via de pars-pro-toto-redenering – iets te kunnen zeggen over de

resterende vitaliteit van de tumor. Of de tumor zodanig reageert dat blokresectie mogelijk is – eigenlijk gaat het dan steeds om het slinken van de tumormassa – moet vastgesteld worden met andere onderzoeksmethoden. De schrijvers vermelden deze methoden in extenso; de biopsie is hiervoor niet geschikt.

LITERATUUR

¹ Heeten GJ den, Nielsen HKL, Oldhof J, et al. Lokale resectie van osteosarcoom van het femur na chemotherapie gevolgd door reconstructie met een endoprothese. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1983; 127, 1481-5.

² Kotz R, Salzer M. Rotation-plasty for childhood osteosarcoma of the distal part of the femur. *J Bone Joint Surg (Am)* 1982; 64: 959-69.

Leiden,
Amsterdam, oktober 1983

F. DUYFJES
B.E.E.M.J. VERAART

Het verheugt ons dat de collegae Duyfjes en Veraart de nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van het osteosarcoom van het lange pijpbeen als een voortuitgang zien.¹ De tijd dat deze behandelingsvorm, waarin de chemotherapie centraal staat, met grote scepsis werd bekeken, ligt niet ver achter ons.

In Nederland was tot nu toe nog geen reeks patiënten beschreven met beentumoren van een hoge graad van kwaadaardigheid, zoals het osteosarcoom, bij wie extremitet sparende ingrepen waren uitgevoerd. Deze werden alleen toegepast bij minder maligne aandoeningen.

Voor de intensieve chemotherapie van het osteosarcoom werd ingevoerd, overleden de meeste patiënten binnen een jaar aan metastasen. Het succes van de chemotherapie bracht ons een volkomen nieuwe situatie. Wij kregen te maken met jonge patiënten met geheel of gedeeltelijk necrotische tumoren in een lang pijpbeen bij wie de tumor op oncologisch verantwoorde wijze verwijderd diende te worden, terwijl de chemotherapie nog enige maanden gecontinueerd moest worden.

De door de collegae Duyfjes en Veraart aanbevolen methode van reconstructie met uitgebreide botplastieken na grote resecties van het femur, berust op ervaring bij patiënten die niet chemotherapeutisch werden behandeld. Chemotherapie is echter essentieel voor de gehele behandeling van het osteosarcoom. Alleen hierdoor zijn de overlevingsresultaten aanmerkelijk verbeterd. Wanneer men autografs of allografts zou toepassen zonder chemotherapie zou niet alleen de overleving veel slechter zijn, maar ook de lokale situatie zou lang niet altijd zonder problemen zijn. Gross beschrijft bij 19% van zijn patiënten stress-fracturen en infecties.² Bij geïmplanteerde gewrichtsdelen traden bij al zijn patiënten degeneratieve veranderingen en bandslapte op. Methotrexaat remt de osteoblasten en vergroot de porositeit van het bot.³ De combinatie autograft en chemotherapie doet dan ook „non-union” of „delayed union” verwachten, terwijl van de combinatie allograft en chemotherapie door Mankin is beschreven dat deze inderdaad vaak tot complicaties leidt: bij 81 patiënten ontstonden 21 vroege en 39 late complicaties.⁴

Onzes inziens vormen autograft of allograft in combinatie met chemotherapie geen redelijk alternatief, zodat de noodzaak van chemotherapie ons dwingt tot het gebruik van de metalen endoprothese. Wij onderkennen dat dit zeker niet de ideale oplossing is.

Afgezien hiervan is het de vraag of men, als men technisch in staat is een patiënt een extremitet sparende behandeling met behulp van een endoprothese aan te bieden, dit moet nalaten omdat de te verwachten levensduur van de prothese niet overeenkomt met die van de levensverwachting van de patiënt. In de praktijk komt het neer op de vraag: „Zullen

we nu het been amputeren of misschien over 10 of 15 jaar?”

Wij zijn het niet eens met de uitspraak dat na reconstructie met een levenloze metalen prothese de patiënt zou zijn uitgerust met een lam been. Bij onze 12 patiënten die resectie/reconstructie met behulp van een endoprothese ondergingen wegens osteosarcoom, maligne fibreus histiocytoom of chondrosarcoom, was de gemiddelde actieve flexie- en extensiebewegingsmogelijkheid van heup en knie gecombineerd 190° – spreiding 115° tot 280° – (normaal 280°):⁵ Hoewel spieren zich niet laten hechten aan een metalen prothese, ontstaat er een bindweefselkoker rondom de prothese, waaraan spieren of spierresten spontaan kunnen vastgroeien, waaraan de resterende functie is te danken. Bij patiënten die een zo uitgebreide resectie moeten ondergaan, dat de prothese niet meer actief kan functioneren, zien wij dan ook af van reconstructie met een endoprothese.

Osteosarcoom komt in 10% van de gevallen voor bij patiënten in de eerste decade voor de groeispuur.⁶ Veelal is de puberteitsgroei geheel of gedeeltelijk voltooid. Vooral bij jongens tussen de 10 en 14 jaar is er kans op een aanzienlijk beenlengteverschil na reconstructie met een endoprothese. Epifysiodese van het gezonde been kan inderdaad leiden tot lichamelijke disproportie, maar het is de vraag of hieraan een slechte functie van dit enige nog betrouwbare been gekoppeld mag worden.

Onze ervaring heeft geleerd dat het bijna nooit noodzakelijk is een totale prothese te implanteren. In de beginperiode, toen de invloed van chemotherapie op de prognose nog onduidelijk was, hebben wij bij drie patiënten een totale heup-femur-knie-endoprothese geïmplanteerd. Hoewel wij bij hen nog geen complicaties hebben gezien, zouden wij thans een hemi-femur-knie-endoprothese hebben geïmplanteerd. Ten eerste omdat het functionele resultaat beter is, ten tweede omdat daardoor de weg naar een eventuele Borggreve-van Nes-rotatieplastiek niet is afgesneden. Van deze plastiek is inderdaad goed resultaat beschreven.⁷ Dat daarbij het enkelgewricht als kniegewricht functioneert, betekent allermindst een extremitet sparende ingreep. Er wordt wel degelijk een externe prothese geaccepteerd van zeer onnatuurlijke vorm. Bovendien moet men, bij de hoog gedoseerde chemotherapie volgens Rosen,⁸ rekening houden met delayed union en non-union, er kan soms een klapvoet ontstaan als gevolg van vincristine-neuropathie. Over de invloed hiervan op het resultaat van de rotatieplastiek is ook niets bekend.

Tijdens de Second International Workshop on the Design and Application of Tumor Protheses for Bone and Joint Reconstructions in Wenen (1983), is dan ook een duidelijke tendens naar het gebruik van metalen endoprotheses naar voren gekomen, in tegenstelling tot wat Duyfjes en Veraart menen.

Wat de biopsieplaats betreft het volgende. Inderdaad is hier verwarring mogelijk. Natuurlijk moet de biopsieplaats ook samenvallen met de plaats van de later uit te voeren operatieve resectie. Het is van belang dat een ieder die een incisiebiopsie verricht bij verdenking op een bottumor, de plaats daarvan zodanig kiest dat deze niet interfereert met de eventueel later uit te voeren operatie. Dit wil zeggen dat men uit de buurt dient te blijven van de neurovasculaire bundel, en dat de tumor zodanig benaderd moet worden dat bij de lokale resectie geen voor de latere functie belangrijke spieren meegenomen hoeven te worden. Preoperatieve computertomografie is hiervoor van groot belang.

Voor het antwoord op de vraag over de representativiteit van boorbiopsieën na chemotherapie verwijzen wij naar de

onlangs in dit tijdschrift gepubliceerde samenvatting.⁹ Zowel de klinische gegevens als het histologische onderzoek dragen bij tot de beoordeling. Wij passen de gradering toe volgens Huvos.¹⁰ De graden I en II worden dikwijls samengenomen als ongunstige reactie op chemotherapie; evenzo de graden III en IV als gunstige reactie. Om een indruk te krijgen van de reproduceerbaarheid van de gradering werden 27 inzendingen (boorbipten en resectiepreparaten), die in de routine door verschillende pathologen waren gegradeerd, opnieuw blind beoordeeld: de score was 18 maal dezelfde; 5 maal was er variatie binnen prognostische groepen; 4 maal variatie tussen prognostische groepen (waarvan 3 maal bij dezelfde patiënt). In afwijking van Huvos werd in Groningen niet alleen gegradeerd op operatiepreparaten, maar ook tussentijds op preoperatieve boorbipten. We vergeleken het laatste preoperatieve bipt met het operatiepreparaat. Er waren 9 gevallen ter beoordeling. De beoordeling van de boorbipten en de operatiepreparaten stemde 8 maal overeen; éénmaal was de uitslag op de boorbipten graad III en op het operatiepreparaat graad II. De boorbipten zijn dus representatief, mits bij de biopsie materiaal uit ten minste drie verschillende gebieden wordt genomen. Samen met het klinische en radiologische beeld kan op deze wijze een goede indruk worden verkregen van de reactie van de tumor op de chemotherapie.

Wij kunnen het eens zijn met de collegae Duyfjes en Veraart dat op de lange termijn botplastieken de meest ideale oplossing zijn. In enkele gevallen is ook de Borggreve-van Nes-rotatieplastiek een goed alternatief. De metalen endoprothese zal echter, vooral wegens de chemotherapie, het belangrijkste reconstructiemiddel blijven. Bovendien blijft benige reconstructie in een later stadium altijd nog mogelijk.

LITERATUUR

- Heeten GJ den, Nielsen HKL, Oldhof J, et al. Lokale resectie van osteosaroom van het femur na chemotherapie gevolgd door reconstructie met een endoprothese. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127, 1481-5.
- Gross A, McKee N, Farine I, Czitrom A, Langen F. Reconstruction after en bloc excision of bone tumours. Proceedings 2nd Int Workshop on the Design and Application of Tumor Prostheses for Bone and Joint Reconstruction. Wien: Egermann, 1983; 29.
- Burchardt H, Glowczewski FT, Enneking WF. The effect of Adriamycin and Methotrexate on the repair of segmental clinical autograft in dogs. J Bone Joint Surg (Am) 1983; 65: 103.
- Mankin HJ. Allograft replacement for the management of skeletal defects incurred in tumor surgery or trauma in tumor prostheses for bone and joint reconstruction - The design and application. Chao EYS, Ivins JC, ed. New York: Thieme-Stratton, 1983.
- Guides to the evaluation of permanent impairment. Chicago: American Medical Association, 1977.
- Schajowicz F. Tumors and tumorlike lesions of bone and joints. New York: Springer, 1983.
- Kotz R, Salzer M. Rotation-plastic for childhood osteosarcoma of the distal part of the femur. J Bone Joint Surg (Am) 1982; 64: 959.
- Rosen G, Caparros B, Huvos AG, et al. Preoperative chemotherapy for osteosarcoma; selection of postoperative adjuvant chemotherapy based on the response of the primary tumor to preoperative chemotherapy. Cancer 1982; 49: 1221-30.
- Oosterhuis JW, Vries JA de, Heeten GJ den, Schraffordt Koops H, Oldhoff J. Pathologisch anatomische evaluatie van het effect van chemotherapie bij osteosaroom. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2119.
- Rosen G, Marcove RC, Caparros B, Nirenberg A, Kosloff C, Huvos AG. Primary osteogenic sarcoma. The rationale for preoperative chemotherapy and delayed surgery. Cancer 1979; 43: 2163-77.

Groningen, november 1983

G.J. DEN HEETEN
H.K.L. NIELSEN
J. OLDHOFF
J.W. OOSTERHUIS
H. SCHRAFFORDT KOOPS
J.A. DE VRIES
R.P.H. VETH

Een eenvoudige behandeling van de sinus pilonidalis

Als reactie op de artikelen over de sinus pilonidalis van de collegae Patka en Schütte,^{1 2} wil ik nog een suggestie doen over de nazorg. Vroeger werd vaak van hars gebruik gemaakt om cosmetisch te ontharen. Bij de sinus pilonidalis heeft ontharen met hars het voordeel dat eventueel net ingegroeide haren uitgetrokken worden en dat de frequentie ervan in de loop van de jaren vermindert.

LITERATUUR

- Patka P. Sinus pilonidalis. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2075-8.
- Schütte PR. Een eenvoudige behandeling van de sinus pilonidalis. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 748-51.

Roermond, mei 1984

A.C.J. SCHUITE

Het effect van psychotherapie

In zijn artikel concludeert K.A. Soudijn dat de resultaten van recent onderzoek een positief beeld van het nut van psychotherapie tonen.¹ De auteur baseert deze mening voornamelijk op het door hem uitvoerig besproken onderzoek van Smith et al. die een meta-analyse uitvoerden over meer dan 500 onderzoeken.²

Onlangs is echter door Prioleau et al. aangetoond dat de conclusies van Smith et al. onaanvaardbaar zijn, omdat placebobehandeling (de patiënten dachten alleen maar dat ze behandeld werden) werd beschouwd als psychotherapie en niet als controleconditie.³ Zij analyseerden de gegevens van Smith et al. opnieuw en vonden geen verschil tussen de uitkomsten van psychotherapie en placebobehandeling. Deze correctie werd signaleerd in *The Lancet*,⁴ waarbij tevens het vermoeden werd uitgesproken dat door de gevolgde selectieprocedures slechts een bepaalde categorie „patiënten” spontaan herstel schijnt te tonen (waarbij de inspanningen van psychotherapeuten weinig gewicht in de schaal leggen), nl. „young, physically attractive, well educated members of the upper middle class, intelligent, verbal, willing to talk about and have responsibility for their problems, and showing no signs of gross pathology”.

LITERATUUR

- Soudijn KA. Het effect van psychotherapie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 720-4.
- Smith ML, Glass GV, Miller TI. The benefits of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1977.
- Prioleau L, Murdoch M, Brody N. An analysis of psychotherapy versus placebo studies. Behav Brain Sci 1983; 6: 275-310.
- Editorial. Psychotherapy: effective treatment or expensive placebo? Lancet 1984; i: 23-4.

Utrecht, mei 1984

H.S. KOELEGA

Uit het omvangrijke materiaal van Smith et al. selecteerden Prioleau et al. 32 onderzoeken waarin gewerkt werd met placebobehandelingen.¹ Koelega meldt dat „geen verschil” werd gevonden tussen psychotherapie en placebo. Dat is onjuist: het gemiddelde effect van psychotherapie is hier laag positief (0,15 eenheden standaardafwijking). Nadat Prioleau et al. nog allerlei onderverdelingen in hun materiaal hadden gemaakt, concludeerden zij dat geen duidelijk bewijs was geleverd voor de effectiviteit van psychotherapie bij „echte patiënten”. Zij vatten het begrip placebo als volgt op: „We consider a treatment a placebo