

lijkt een iets afwachtender houding dan bij jonge kinderen gerechtvaardigd, echter wel „onder nauwkeurige observatie”, zoals de collegae Fagginger Auer en Den Hartog aangeven.

LITERATUUR

¹ Zwahlen A, Regamey C. Les épiglottites aiguës de l'adulte. Schweiz Med Wochenschr 1978; 108: 477-82.

Enschede, september 1984

B.S. HYLKEMA

Colposcopisch gerichte biopsie ter opsporing van kleine laesies met sterke dysplasie of carcinoma in situ bij patiënten met een cervix-uitstrijk in PAP-klasse IIIA

Hutten en Boon waren niet in staat een verband aan te tonen tussen de colposcopische bevindingen en de ernst van de bij histologisch onderzoek gevonden afwijking, wellicht omdat de laesies zeer klein waren.¹ Indien dit verband er inderdaad niet is, kan men zich afvragen hoe representatief de biopten zijn geweest. Des te verbazingwekkender lijkt het, dat de ernstige afwijkingen zo trefzeker zijn opgespoord.

Naar onze mening onderschat de colposcopist zichzelf: in de praktijk wist hij het verband tussen de colposcopische impressie en de ernst van de afwijking op de juiste wijze te hanteren. De opzet van tabel 4 in het artikel laat echter geen uitspraak toe over het verband tussen de colposcopische bevindingen en de histologische diagnose: de colposcopische methode is gebaseerd op kwalitatieve veranderingen van het cervixepitheel en niet op (de som van) een aantal geïsoleerde bevindingen.²

Overigens doet dit geen afbreuk aan de strekking van het artikel waarin wordt gesteld dat onder de cytologische klasse IIIA een zeker percentage sterke epitheelafwijkingen schuilgaat. Iedere vrouw met een afwijkende cervixcytologie heeft recht op een histologische diagnose, bij voorkeur verkregen door middel van colposcopisch onderzoek.

LITERATUUR

¹ Hutten J, Boon ME. Colposcopisch gerichte biopsie ter opsporing van kleine laesies met sterke dysplasie of carcinoma in situ bij patiënten met een cervixuitstrijk in PAP-klasse IIIA. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1513-6.

² Coppleson M, Pixley E, Reid B. Colposcopy. Springfield: Thomas, 1971.

Amsterdam, augustus 1984

Th.J.M. HELMERHORST
J.G. STOLK

In het algemeen gesproken bestaat er zeker een verband tussen colposcopische bevindingen en ernst van de bij histologisch onderzoek gevonden afwijking. Wij hebben echter de indruk dat dit verband bij erg kleine laesies minder groot is. Deze kleine en colposcopisch vaak niet erg indrukwekkende afwijkingen bleken bij histologisch onderzoek verscheidene malen toch ernstiger te zijn dan vermoed werd. Wij zouden dan ook willen pleiten voor een ruim biopsiebeleid bij het colposcopisch onderzoek, ook bij aandoeningen die in eerste instantie niet zo'n ernstige indruk maken. Te meer daar het nemen van een biopie een voor de vrouw weinig belastende ingreep is.

Bergen op Zoom, augustus 1984

J.W.M. HUTTEN
M.E. BOON

Consensus „Mammografie-beleid 1983”

Met verbazing hebben wij kennis genomen van het commentaar van collega Zwaveling op het artikel „Kanttekeningen bij de consensus „Mammografie-beleid 1983” van Schütte en Hendriks.¹² In dit commentaar wordt niet ingegaan op de medisch-inhoudelijke aspecten van de consensus-overeenkomst, maar alleen op de ontstaanswijze ervan. Tot onze spijt is de strekking van het commentaar in dit opzicht echter onjuist. Het is namelijk niet het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) geweest dat het initiatief tot deze consensusbijeekomst heeft genomen; vanuit de Nederlandse Vereniging voor Radiodiagnostiek werd de behoefte gevoeld om binnen de vereniging met een gemeenschappelijk standpunt ten aanzien van de beeldvormende diagnostiek van mammafwijkingen te komen. Het CBO heeft bij de totstandkoming van de consensus in methodisch opzicht een adviseerende rol gespeeld, waarbij het vooral ging om de vraag of de adviezen en richtlijnen zo goed mogelijk gevalideerd en geformuleerd waren.

De consensustekst mammografiebeleid is tot stand gekomen na voorbereiding door een aantal deskundigen in discussie met de aanwezigen op de consensusbijeekomst. De betrokkenen hebben daarbij hun standpunt op een expliciete manier kenbaar kunnen maken. Voor anderen wordt het dan mogelijk om hun eigen mening hieraan te toetsen en om in discussie te treden over het standpunt. Juist om deze reden streeft het CBO ernaar consensusstekst en -richtlijnen met toelichting ruim te verspreiden en bij voorkeur volledig te publiceren. Helaas maakt Zwaveling geen gebruik van de gelegenheid om op de inhoud van de tekst commentaar te geven. Natuurlijk kan ook het CBO het initiatief nemen tot het organiseren van een consensusbijeekomst. Indien bij de toetsing in ziekenhuizen blijkt dat ten aanzien van een bepaald onderwerp het formuleren van criteria problemen oplevert, kan het CBO hieraan via een consensusbijeekomst een bijdrage leveren. Voorbeelden van dergelijke bijeenkomsten, die vaak multidisciplinair van aard zijn, zijn het „Bloedtransfusiebeleid” en de „Preventie van decubitus”. Zwaveling spreekt nu over het gevaar dat er concurrerende protocollen op het gebied van de oncologie zullen verschijnen. Op dit moment is het een feit dat er, ook op het terrein van de oncologie, in Nederland protocollen zijn die, hoewel ze over een zelfde onderwerp gaan, toch verschillend zijn. Dit is bijvoorbeeld tijdens de voorbereiding van de consensusbijeekomst over het melanoombeleid gebleken. Wij menen dat een consensusbijeekomst door zijn openbare discussie dan juist de mogelijkheid biedt om duidelijk te maken over welke aspecten overeenstemming bestaat en op welke onderdelen de meningen uit elkaar blijven lopen.³ Hierbij dient dan wel te worden aangegeven of deze standpunten berusten op harde feiten dan wel op common sense. Zorg en aandacht hiervoor zijn tijdens de hele opbouw van de consensus nodig. Dat bedoelt het CBO met methodische ondersteuning. Inhoudelijke amendering achteraf is niet de taak van het CBO. Het CBO is uiteraard geen voorstander van het ontwikkelen van met elkaar in tegenspraak zijnde richtlijnen en maatstaven voor goede zorg. Indien het Landelijk Overleg Kankercentra (LOK), zoals geschetst door Zwaveling, zich in de toekomst zal bezighouden met het tot stand brengen van landelijke behandelingsrichtlijnen in de oncologie, dan steunt het CBO deze ontwikkeling gaarne.

LITERATUUR

¹ Zwaveling A. Consensus „Mammografie-beleid 1983”. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1424-5.

² Schütte HE, Hendriks JHCL. Kanttekeningen bij de consensus „Mammografiebeleid 1983”. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1415-8.

³ Casparie AF. Bereiken van de consensus in de geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1816-8.

Zwolle, augustus 1984

A.F. CASPARIE,
voorzitter Wetenschappelijke Raad Centraal
Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing

Ik dank dr. Casparie voor de nadere precisering van de rol die het CBO speelt bij consensus-overeenkomsten. Het is van groot belang, dat meer algemene bekendheid wordt gegeven aan de werkwijze van deze uitermate belangrijke instelling. Het is dan ook allerminst mijn bedoeling geweest het CBO in een kwaad daglicht te stellen. Juist veel meer is de nadruk gevallen op de wenselijkheid dat het LOK zich bezint op meer landelijke richtlijnen die door de basis worden ondersteund. Het is een bekend gegeven, dat richtlijnen, van boven opgelegd, in het algemeen in het veld aanzienlijk minder effect hebben dan „protocollen” waaraan men actief heeft kunnen meewerken. Het laatste duurt wel wat langer, maar de invloed zal aanzienlijk groter zijn. Vandaar dat ik van mening ben dat het LOK – waar de infrastructuur voor een dergelijke opzet aanwezig is – op het gebied van de oncologie het eerst aangewezen orgaan is om op dit gebied initiatieven te ontplooien. Ik ben blij dat collega Casparie het daar ook mee eens is.

De titel van het commentaar is wat misleidend. Juister ware geweest te spreken van „een commentaar naar aanleiding van de consensus Mammografie-beleid 1983, aangezien ik dit een goed stuk werk vind, waarin ik mij geheel kan vinden.

Leiden, augustus 1984

A. ZWAVELING

Het commentaar van collega Zwaveling betreffende de activiteiten van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) op het gebied van de mammografie bevat enkele onjuistheden en misvattingen,¹ zodat een reactie op zijn plaats is. Het is mij onduidelijk waarom kwaliteitsbewaking van het medisch handelen in de oncologie het monopolie zou moeten zijn van het Landelijk Overleg Kankercentra (LOK). Dat het inschakelen van het LOK niet altijd leidt tot een vruchtbare samenwerking, wil ik verduidelijken op grond van mijn ervaringen op het gebied van het melanoom van de huid. De huidige regionale protocollen voor de behandeling van het melanoom zijn niet eensluidend, zodat dringend behoefte bestaat aan een landelijke consensus, waar enerzijds de grote centra zich in kunnen vinden en waar anderzijds de praktiserende arts een veilig baken aan heeft. Om een landelijke werkgroep te formeren, ben ik indertijd te rade gegaan bij het Koningin Wilhelmina Fonds, die mij verwezen naar het LOK. Het LOK ging er echter vanuit dat het protocollair vastleggen van beleidsadviezen in de oncologie de taak is van de regionale Integrale Kankercentra. Ik ben toen noodgedwongen terechtgekomen bij het CBO. De voorbereidingswerkgroep die toen in het leven is geroepen, is niet „op persoonlijke titel” geformeerd, maar in samenspraak met de besturen van de landelijke verenigingen van de betrokken disciplines.

Collega Zwaveling vindt het blijkbaar een goede zaak dat tien regionale centra eerst een groep deskundigen uit eigen gelederen laat worstelen met een vraagstuk, waarna geduldig moet worden gewacht tot het LOK initiatieven ontplooit om de (soms zeer uiteenlopende) resultaten te bundelen tot een landelijk protocol. Hij is verder van mening dat de regionale protocollen een „bredere grondslag” hebben dan

de landelijke richtlijnen, indien deze laatste tot stand komen via het CBO. Het getuigt van een te optimistische kijk op de wereld om te veronderstellen dat steeds „voldoende kennis binnen de regio” aanwezig is om consensus te bereiken. Dit mag misschien gelden voor regio's waar de grotere oncologische centra zijn gevestigd, maar zeker niet voor alle regio's. Ik zou er dan ook voor willen pleiten dat het LOK ernst maakt met het bundelen van specialistische kennis op landelijk niveau, en dat vanaf het eerste uur. Het overlaten van deze activiteiten aan de regio's is weinig productief en soms zelfs stagnerend. In veel gevallen leidt het tot de verwarrende diversiteit waar Zwaveling juist zo bevreesd voor is. Het is duidelijk dat Zwaveling het „snoerende korset” van het kleinschalig regionaal denken nog niet heeft afgelegd. Nogmaals, in dit kleine land bestaat behoefte aan supraregionaal protocollair oncologisch denken. Of dit tot stand komt onder auspiciën van het LOK, dan wel van het CBO, is mij om het even.

LITERATUUR

¹ Zwaveling A. Consensus „Mammografie-beleid 1983”. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1424-5.

Amsterdam, augustus 1984

F.H.J. RAMPEN

Collega Rampen heeft dit commentaar slecht gelezen. Nergens heb ik gezegd dat kwaliteitsbewaking van medisch handelen in de oncologie een monopolie zou moeten zijn van het LOK. Ik heb er slechts op aangedrongen dat het LOK initiatieven ontplooit ten einde te komen tot landelijke richtlijnen en dat dit orgaan voor richtlijnen die betrekking hebben op de oncologie het meest aangewezen is. Eerst in een veel later stadium zou samenwerking met het CBO kunnen plaatsvinden.

Collega Rampen verwijt mij optimisme. Het tegendeel is waar; ik ben zo weinig optimistisch over richtlijnen van bovenaf vastgesteld, zelfs ook wat de behoefte betreft aan „supraregionaal protocollair oncologisch denken”, dat ik er de voorkeur aan geef dat ook op regionaal niveau door de betrokken specialisten (en zij bepalen de kwaliteit en stellen vast wat zij wel of niet zullen doen!) wordt meegedacht over optimale behandeling van patiënten met kanker. De kans is anders heel groot, dat de vruchten van het supraregionale protocollaire denken in de onderste laden verdwijnen. Op een hoge toon verwoorde superioriteitsgevoelens bevorderen alleen maar zo'n ongunstige ontwikkeling.

Leiden, augustus 1984

A. ZWAVELING

Heeft nacontrole bij mammacarcinoom zin?

Wij hebben eveneens een retrospectief onderzoek verricht naar de waarde van het regelmatig controleren van mammacarcinoompatiënten.¹ In totaal werden ca. 4.500 controles gedaan bij 422 patiënten die in de periode 1970-1980 in opzet curatief waren behandeld wegens mammacarcinoom in het St. Joseph Ziekenhuis te Eindhoven. De onderzoeksperiode werd per juli 1983 afgesloten. Wij zijn, zij het op een wat andere wijze, deels tot dezelfde conclusie gekomen als Zwaveling et al. Wij constateerden dat de kans op het vinden van metastasen bij een controlebezoek, waarbij klachten werden geuit ongeveer 16% is. Bij 815 controlebezoeken hadden de patiënten klachten. Hiervan leidden 134 controles bij 114 patiënten tot de diagnose metastasen. De kans op het aantreffen van metastasen tijdens een controle zonder klachten bleek veel kleiner te