

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 allerm minst 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. Hier van 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

zijn: bij 3672 controlebezoeken zijn bij 34 patiënten metastasen ontdekt (0,9%).

Zwaveling vond geen verschil in beide groepen met betrekking tot de aard, het aantal en de lokalisatie van de recidieven en de overleving na het ontdekken van metastasen. Wij vonden evenwel dat bij de patiënten bij wie de metastasen klachten gaven, juist een uitgebreider disseminatiepatroon bestond op het moment van vaststellen van metastasen, dan bij patiënten met asymptomatische metastasen. De patiënten met klachten hadden niet alleen meer metastasen in de weke delen dan de overige patiënten (resp. 69% en 58%), maar ook vaker op meer dan één plaats (≥ 2 lokalisaties resp. 59% en 21%, gemiddeld aantal lokalisaties per patiënt 1,6 resp. 1,2). De overlevingskans na het ontdekken van metastasen is bij de groep van patiënten met klachten significant slechter dan die van de groep zonder klachten (mediane overlevingsduur 14,3 maanden resp. 32,8 maanden; $p = 0,0000$), terwijl het tijdsinterval zonder metastasen van beide groepen gelijk is (24 resp. 22 maanden), evenals de „at risk”-periode. Het is voorstelbaar dat patiënten met klachten als gevolg van een gevorderde ziekte eerder zullen overlijden dan patiënten zonder klachten bij wie de ziekte veelal beperkt is tot één plaats. Vreemd is echter dat bij beide groepen patiënten de metastasen in een zelfde tijdsbestek ontstonden. Een aantrekkelijke verklaring hiervoor is dat patiënten met klachten een agressievere soort ziekte hebben dan de patiënten zonder klachten.

Op de vraag „heeft nacontrole bij mammacarcinoom zin?” kunnen wij niet ja of nee antwoorden. Het gaat ons te ver op grond van de beschikbare gegevens geheel en al van routinecontroles af te zien. De noodzakelijke frequentie en de uitgebreidheid van de controles moeten door middel van prospectief onderzoek worden getoetst.

LITERATUUR

¹ Zwaveling A, Albers GHR, Felthuis W, Hermans J. Heeft nacontrole bij mammacarcinoom zin? Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1134-7.

Eindhoven, juli 1984

E.J.TH. RUTGERS
H.M. KLUCK

Ook uit het retrospectieve onderzoek van de collegae Rutgers en Kluck blijkt dat de „opbrengst” van routine-nacontrole van mammacarcinoompatiënten – voor zover die geen klachten hebben – zeer gering is. Wij hebben geen verklaring voor de discrepantie in beide onderzoeken ten opzichte van aard, aantal en lokalisatie van de recidieven. Uit ons onderzoek bleek dat velen, nadat één lokalisatie was aangetoond een metastase in diverse orgaansystemen hadden. In de „niet-follow-up”-groep werden botmetastasen significant vaker als eerste gevonden, in de „follow-up”-groep long- en levermetastasen. Skeletmetastasen gaven eerder aanleiding tot klachten dan lokalisaties in de long en de lever. De laatste daarentegen werden vooral gevonden door routine-thoraxfoto's en leverfunctieproeven. Als de verdere gevonden lokalisaties bij het hierop volgende voortgezette onderzoek in het geheel werden betrokken, bleek er geen verschil aantoonbaar te zijn tussen beide groepen, noch in voorkomen per lokalisatie noch in aantal lokalisaties. Gaarna sluiten wij ons aan bij de mening dat een prospectief onderzoek noodzakelijk is. De eerste voorbereidingen hiervoor zijn inmiddels getroffen.

Leiden, augustus 1984

A. ZWAVELING

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

De rechtbank en het psychiatrisch advies. – In een beroepszaak tegen een doodvonnis vroeg het Hoog Gerechtshof van de V.S. een psychiatrisch advies over eventueel te verwachten gewelddadig gedrag van de beklaagde. Deze had verschillende vergrijpen gepleegd, waaronder seksueel misbruik van kinderen. Tweemaal was hij in het bezit van wapens bevonden en ten slotte had hij een politie-agent vermoord. Zonder eigen onderzoek hadden twee psychiaters op grond van de beschikbare gegevens over levensomstandigheden en crimineel gedrag verklaard dat waarschijnlijk resp. met 100% zekerheid verdere gewelddaden waren te verwachten. De jury achtte hierop het vonnis terecht.

Naar aanleiding van deze zaak stelde de Amerikaanse Vereniging van Psychiaters (APA) dat het Hoog Gerechtshof diende te voorkomen dat de rechtbanken psychiatrische verklaringen over te verwachten gewelddadig gedrag zouden gebruiken. Zij verwees daarbij naar onderzoek, waaruit was gebleken dat dergelijke voorspellingen later voor het grootste deel onjuist bleken te zijn, vooral dan wanneer de psychiater de verdachte niet zelf had onderzocht. Het Hoog Gerechtshof handhaafde echter zijn beslissing er op wijzend dat in de strafoplegging herhaaldelijk werd afgegaan op het oordeel van leken. Het Gerechtshof vond het onjuist te stellen dat psychiaters zo weinig van het onderwerp weten dat zij niet zouden kunnen getuigen. Het Hof achtte zich

overigens zeer wel in staat een getuigenis naar waarde te schatten. Ook zou zijn gebleken, dat voorspellingen over toekomstig gedrag betrouwbaarder waren indien er sprake was van herhaalde delicten en gewelddadigheden.

De schrijver (Curran, New Engl J Med 1984; 310: 1651-2) meent dat het stellingnemen van de APA voortvloeit uit haar bezorgdheid over de toenemende negatieve beoordeling door het publiek van de psychiatrische adviezen aan de rechtbank. Vooral kundige psychiaters met gevoel voor ethiek lijken slecht te passen in het systeem van de rechtspraak waar zekerheid en bereidheid om aan het steekspel deel te nemen het meest op prijs worden gesteld.

Hart- en levertransplantatie bij een 6-jarig meisje met familiale hypercholesterolemie. – Bij een meisje van 6 jaar en 9 maanden met familiale hypercholesterolemie en daardoor ernstige hartafwijkingen werd een hart- en levertransplantatie verricht. Er bestond geen HLA-compatibiliteit: ciclosporine en corticosteroiden moesten hier uitkomst brengen. Na 6 weken verkeerde het meisje in goede toestand en had zij goede lever- en hartfuncties. De tevoren ernstige progressieve xanthoomvorming verminderde in sterke mate na de transplantaties. Op theoretische gronden wordt levertransplantatie bij deze familiale aandoening juist geacht. (Lancet 1984; i: 1382-3.)

Staphylococcus epidermidis-septikemie bij kinderen met immunosuppressie. – In een Editorial in de JAMA (1984;