

- ⁴ Evans JR. Measurement and management in medicine and health services: training needs and opportunities. New York: The Rockefeller Foundation, 1981: 50.
- ⁵ Feinstein AR. Why clinical epidemiology? In: White KL, Bullock PJ, eds. The health of populations. New York: The Rockefeller Foundation, 1980: 3-7.
- ⁶ Vandenbroucke JP. Overpeinzigen bij WEON-VIII. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1983; 61: 754.
- ⁷ McKeown T. The role of medicine: dream, mirage or nemesis. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 1979.
- ⁸ Huygen FJA, Hoogen HJM van den, Ferrée H, Smits AJA. Een epidemiologisch onderzoek naar de mogelijkheden van vroege diagnos-

- tie van longcarcinoom in de huisartspraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1187-91 (en de Ingezonden Stukken op bl. 1885-6 van die jaargang).
- ⁹ Hofman A. Epidemiologie waarheen? Tijdschr Soc Geneesk 1982; 60: 815-6.
- ¹⁰ Hill AB. Foreword to the first edition. In: Hill AB, ed. Principles of medical statistics. 8th ed. London: The Lancet Ltd, 1967.
- ¹¹ Feinstein AR. Clinical biostatistics. St Louis: Mosby, 1977.

Juni 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)

Het sacrococcygeale teratoom: een wondergezwel of een monstergezwel?

Tot de habituele ingezonden-stukken schrijvers behoor ik niet, maar ditmaal moet me iets van het hart, al heb ik er nog een nachtje over geslapen, alvorens in de pen te klimmen. Ik stel er prijs op, u op de hoogte te stellen van de toenemende verbazing, later veranderend in verontwaardiging en tenslotte in woede, bij mij gewekt tijdens het lezen van het verslag van de „behandeling” van patiëntje C in het artikel van Van der Staak en Festen.¹

Terwijl na de eerste operatie al vaststond dat men te doen had met een zeer maligne gezwel dat men niet radicaal had kunnen verwijderen, is men toch, ondanks alle verdere ellende door de operatie veroorzaakt, gaan doorbehandelen met cytostatica. Vervolgens werd een tweede operatie uitgevoerd, waarbij uitgebreide metastasen werden gevonden, maar toch opnieuw cytostatica en ten slotte een derde operatie met zelfs hemihepatectomie.

Ik begrijp niet, dat dit allemaal heeft kunnen gebeuren, maar ik sta perplex dat men ook achteraf bij het schrijven van het artikel zelfs niet tot bezinning is gekomen en ingezien heeft dat men helemaal fout was geweest. Neen hoor, eenvoudig een puur zakelijk verslag. Wat moet het arme kind onnodig geleden hebben! Moet men niet juist bij een kind zonder eigen inbreng en verweer nog veel terughoudender zijn dan bij een volwassene, als de prognose zo absoluut infaust is?

LITERATUUR

- ¹ Staak F van der, Festen C. Het sacrococcygeale teratoom: een wondergezwel of een monstergezwel? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1745-8.

Rotterdam, september 1984

P.J.F. DUPUIS

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van de reactie van collega Dupuis.

Bij de behandeling van een kind met een maligne ziekte moet natuurlijk behalve aan de puur medisch-technische aspecten ook aandacht besteed worden aan emotionele, psychische en sociale factoren. Terecht stelt collega Dupuis deze facetten van de behandeling, die in ons artikel onbesproken zijn gebleven, aan de orde. Het was evenwel niet onze bedoeling in dit artikel in te gaan op de „pro's” en de „contra's” van de behandeling van maligne aandoeningen bij kinderen. Derhalve resteert slechts een zakelijk verslag van ziektegeschiedenis C, waarin de vele discussies

en overwegingen, die geleid hebben tot het beschreven ziektebeloop, niet zijn weergegeven. Tot slot mogen wij daarbij opmerken, dat genezing van een maligne aandoening niet altijd slechts de wens is van behandelaars, maar vaak ook van de patiënt en zijn familie.

Nijmegen, oktober 1984

F. VAN DER STAAK
C. FESTEN

Van der Staak en Festen bespreken drie kinderen met een sacrococcygeaal teratoom.¹ Terecht wijzen zij op de grote betekenis van de „tumormarker” α_1 -foetoproteïne (AFP) bij het volgen van patiëntjes met een maligne teratoom. Onvoldoende duidelijk wordt echter, dat de normale waarde voor de serumspiegel van AFP bij zuigelingen afhangt van de leeftijd van het kind. De lever van de foetus en die van de pasgeborene produceren ook in fysiologische omstandigheden AFP en pas tegen het einde van het eerste levensjaar wordt de „volwassen” normale waarde bereikt van minder dan 20 ng/ml. De Japanse onderzoeker Tsuchido, naar wie in het artikel wordt verwezen, geeft de normale waarden voor AFP bij zuigelingen in relatie tot de leeftijd en bespreekt hun betekenis bij de interpretatie van het AFP als „tumormarker”.^{2,3} Een normale pasgeborene kan bijvoorbeeld een AFP hebben van meer dan 100.000 ng/ml. Wie zich dit niet realiseert, komt makkelijk tot onjuiste conclusies.

In het artikel wordt vermeld van patiëntje A, die bij operatie één dag oud was: „Het α_1 -foetoproteïnegehalte in het bloed, dat bij operatie 55.000 ng/ml bedroeg, is geleidelijk gedaald naar 3 ng/ml (normale waarde \leq 20 ng/ml)”. Ten onrechte wordt de indruk gewekt dat hier sprake is van een verhoogde waarde die door het verwijderen van de tumor naderhand is genormaliseerd. Wij menen dat men bij deze zuigeling vermoedelijk slechts de normale daling van het AFP in de eerste levensmaanden heeft waargenomen.

Wij zijn het volledig met de schrijver eens, dat het AFP een belangrijke indicator kan zijn voor een maligne component in een sacrococcygeaal teratoom, echter alleen indien de gevonden waarde gerelateerd wordt aan de juiste, leeftijdsafhankelijke normale waarden.

LITERATUUR

- ¹ Staak F van der, Festen C. Het sacrococcygeale teratoom: een wondergezwel of een monstergezwel? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1745-8.

² Tsuchida Y, Endo Y, Saito S, et al. Evaluation of alpha-fetoprotein in early infancy. *J Pediatr Surg* 1978; 13: 155-6.

³ Tsuchida Y, Hasegawa H. The diagnostic value of alpha-fetoprotein in infants and children with teratomas: a questionnaire survey in Japan. *J Pediatr Surg* 1983; 18: 152-5.

Groningen, oktober 1984

S.S.N. DE GRAAF
H. SCHRAFFORDT KOOPS
J. MARRINK

Wij danken collegae De Graaf, Schraffordt Koops en Marrink voor hun aanvullende opmerkingen. Boven de leeftijd van één jaar liggen de normale waarden van het α_1 -foetoproteïne (AFP) in het bloed onder het niveau van 20 ng/ml. Op zuigelingenleeftijd kunnen evenwel vaak veel hogere waarden gemeten worden, zelfs onder normale omstandigheden. Een AFP-gehalte groter dan 20 ng/ml behoeft in het eerste levensjaar dus geen pathologische betekenis te hebben. Het was daarom onjuist bij patiëntje A een bovengrens van 20 ng/ml voor de normale waarde van AFP aan te geven. Bovendien werd inderdaad bij de bespreking van patiëntje A ten onrechte de indruk gewekt, dat de AFP-daling slechts een direct gevolg was van de uitgevoerde tumorresectie, terwijl de waargenomen AFP-vermindering ook verklaard zou kunnen worden door de graduele afname van het AFP in het eerste levensjaar.

Wij stemmen dan ook volledig in met het commentaar van collegae De Graaf, Schraffordt Koops en Marrink, dat de leeftijdsafhankelijkheid van de normale waarden van AFP op zuigelingenleeftijd onvoldoende is benadrukt, en dat een verkeerde interpretatie van het AFP als tumormerkstof tot onjuiste conclusies zou kunnen leiden.

Nijmegen, oktober 1984

F. VAN DER STAAK
C. FESTEN

Polemologisch congres in Helsinki; een kernoorlog kan voorkomen worden

Het artikel roept twee kernvragen op:

1. Hoe rijmen World Health Organization (WHO) en de International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) hun conclusie dat „een georganiseerde medische hulpverlening na een kernoorlog van welke omvang dan ook, onmogelijk is” (de IPPNW „acht dit aspect van het verband tussen geneeskunde en nucleaire wapens nu voldoende onderzocht om een ieder hiervan te kunnen overtuigen”) met het feit dat de regeringen van Amerika en alle Westeuropese landen (ook Nederland) zeer uitgebreide maatregelen ter bescherming tegen en behandeling van de „effecten van een nucleaire oorlog op de volksgezondheid en de openbare gezondheidszorg” hebben genomen en nog steeds blijven nemen?

2. Het is verheugend dat collega Van der Lugt et al. vinden dat „het mede op de weg van medici ligt de zogenaamde laatste epidemie te voorkomen” (hiermee wordt bedoeld het effect van een kernoorlog). De regeringen van Amerika en de voornaamste Europese leden van het NAVO-bondgenootschap beseffen dat er dient te

worden onderhandeld met het Oostblok, maar dan uitsluitend vanuit een positie van kracht. Dit heeft in Nederland geleid tot het regeringsbesluit van 1 juni 1984, waarbij is besloten in november 1985 als afschrikking („deterrence”) over te gaan tot plaatsing van kruisraketten als het Oostblok in de tussenliggende tijd meer SS20-wapens heeft geplaatst. De beste wijze waarop wij Nederlanders, dus ook onze artsen, thans kunnen bijdragen tot het voorkómen van een (kern)oorlog is onze regering te steunen in haar streven de verplichtingen die voortvloeien uit ons lidmaatschap van het NAVO-bondgenootschap na te komen. Dit kan en moet dan kunnen leiden tot te zijner tijd plaatsing der kruisraketten. Over deze methode van voorkómen staat helaas niets in het artikel van collega Van der Lugt et al. Bewandelt de IPPNW deze aangewezen weg wel?

LITERATUUR

¹ Lugt HAM van der, Verheggen WJE, Weerts JMP. Polemologisch congres in Helsinki; een kernoorlog kan voorkomen worden. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1984; 128: 2003-5.

Amsterdam, oktober 1984

E. KITS VAN WAVEREN

Het leggen van causale verbanden is een moeilijke aangelegenheid. Collega Kits van Waveren heeft daar duidelijk minder moeite mee dan de auteurs. Ook stellen de auteurs de politieke en strategische aspecten van de bewapeningswedloop niet aan de orde. Met betrekking tot de gestelde vragen het volgende.

1. Dat de IPPNW, de WHO en ook de British Medical Association tot de conclusie komen dat effectieve, georganiseerde hulpverlening na een kernoorlog onmogelijk is, valt eenvoudig niet te rijmen met de maatregelen die de regeringen van o.a. Nederland, de Verenigde Staten en de Sowjetunie nemen ter bescherming van de bevolking. De gedachte dat er effectieve maatregelen ter bescherming van de volksgezondheid en de openbare gezondheidszorg tegen de gevolgen van een nucleaire oorlog zijn genomen, is niet juist. De recente nota „Civiele Verdediging” zegt hierover: „Er worden geen voorbereidingen getroffen voor de bescherming tegen de gevolgen van een massale aanval met chemische strijdmiddelen en een kernwapenconflict op grote schaal.” Inzicht in de hoeveelheden medicijnen en verbandmiddelen in de magazijnen ten behoeve van de buitengewone omstandigheden bevestigt dit. Zo is er bijvoorbeeld slechts voor 600 tot 1000 patiënten brandzalf voorradig.

2. De hier geformuleerde stelling kan alleen weerlegd worden doordat het tegendeel werkelijkheid wordt. De auteurs hebben deze overwegingen bij bedoeld artikel evenwel niet aan de orde gesteld. De IPPNW bewandelt een andere dan de door collega Kits van Waveren aangegeven weg; de IPPNW hanteert een ander uitgangspunt: de volksgezondheid en het functioneren van de gezondheidszorg worden in gevaar gebracht door iedere kwantitatieve en kwalitatieve toename van de kernbewapening; deze toename vergroot de risico's van het uitbreken van een kernoorlog.

Nijmegen, november 1984

J.M.P. WEERTS