

<sup>1</sup> Boon ME, Rietveld WJ, Kirk RS. Investigation of possible changes in the detection of cervical carcinoma in patients of Dutch general practitioners. *Tumori* 1982; 68: 299-305.

Tilburg, november 1984

P.J.H. VAN VUGT

Collega van Vugt heeft gelijk indien hij stelt, dat de door ons gepubliceerde detectiecijfers voor het carcinoma in situ van de cervix uteri op jongere leeftijd (35 jaar) een reële stijging van de incidentie op deze leeftijden geenszins uitsluiten. Dat hierin echter een groot effect van de toegenomen screeningsintensiteit meespeelt, lijkt echter meer dan een mogelijkheid. De toegenomen screeningsactiviteit blijkt onder meer uit de registratie „Peilstation Nederland”,<sup>1</sup> en nog niet gepubliceerde gegevens uit onze eigen registratie van cervixcytologie in Nijmegen. Onze inbreng heeft niet de intentie om verlaging van screeningsleeftijd voor altijd uit te sluiten, echter meer om hierbij een sterke terughoudendheid te betrachten, zolang over de aard van dit ziekteproces m.n. op jonge leeftijd nog zoveel onduidelijkheid bestaat. In het bijzonder willen wij er nogmaals op wijzen, dat de stijging van het aantal gevonden invasieve processen op een leeftijd jonger dan 35 jaar niet significant is, en derhalve niet als argument mag worden ingebracht. In het door Van Vugt aangehaalde artikel wordt onzes inziens geen relatieve stijging van incidentie van invasieve en pre-invasieve processen op jonge leeftijd gevonden. Overigens is dit onderzoek, zoals de auteurs zelf reeds terecht aangeven, niet gebaseerd op een omschreven populatie, en voorts niet geselecteerd op indicatie tot het maken van de uitstrijk. Op grond van dat materiaal kan een reële stijging in incidentie van carcinoma in situ en invasief plaveiselcelcarcinoom dus niet worden bewezen. De auteurs pleiten derhalve zelf ook vooralsnog tegen verlaging van de huidige leeftijdsgrens voor bevolkingsonderzoek. De bij ons bekende artikelen hierover in de buitenlandse literatuur zijn op z'n minst tegenstrijdig en veelal eveneens niet gebaseerd op een omschreven populatie. Helaas ontbreken literatuurverwijzingen waarop Van Vugt zich bij deze uitspraak baseert.

## LITERATUUR

<sup>1</sup> Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations in Nederland. Utrecht: de Stichting Nederlands Huisartsen Instituut, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Geneeskundige Hoofdingspectie.

Nijmegen, november 1984

P.J.J.M. KLINKHAMER  
Y. VAN DER GRAAF  
G.P. VOOIJS

### *De behandeling van trigeminusneuralgie en hemifacialisspasme: een ander gezicht*

Het artikel van C.H. Polman en C.J. Gijsbers hebben wij met belangstelling gelezen (1984, bl. 2025). In de laatste alinea stellen de auteurs dat de diagnose hemifacialisspasme op grond van het klinische beeld wordt gesteld. Bij de diagnostiek van dit ziektebeeld kan echter elektromyografie (EMG) een belangrijke rol spelen, vooral indien het klinische beeld niet duidelijk is. Hemifacialisspasme is namelijk soms moeilijk af te bakenen van andere aandoeningen met spiercontracties, zoals faciale myokymieën, synkinesieën na een paralyse van Bell, syndroom van Meige, focale epilepsie, tardieve dyskinesie en tics. Het EMG van de aangetaste gelaatsspieren bij hemifacialisspas-

me toont clonische contracties, gevolgd door tonische contracties, zichtbaar als een interferentiepatroon. Stimulatie van de N. supraorbitalis aan de aangetaste zijde geeft bij gelijktijdige registratie in de M. orbicularis oculi en in de M. orbicularis oris een R1- en (of) een R2-respons in beide spieren, waarbij de R1- en (of) de R2-respons in de M. orbicularis oris een wisselende latentie hebben en wisselend afwezig kunnen zijn. Bij synkinesieën na een paralyse van Bell zijn de R1- en R2-responsies in de M. orbicularis oris constant aanwezig en met een constante latentietijd. Bij gezonde personen en bij de andere bovengenoemde aandoeningen treedt na stimulatie van de N. supraorbitalis geen respons op in de M. orbicularis oris.

Wij bevelen dan ook aan om bij vermoeden van hemifacialisspasme eerst elektromyografie te verrichten ter verbetering van de diagnostiek, zeker als de therapie van deze aandoening uit een craniotomie zal bestaan.

's-Gravenhage, november 1984

H. FRANSSEN  
H.H.E. MORRÉ

Wij danken de collegae Franssen en Morr  voor hun aanvullende opmerkingen. Hoewel wij van mening zijn dat in de meeste gevallen met behulp van anamnese en neurologisch onderzoek met zekerheid kan worden onderscheiden tussen hemifacialisspasme en de door hen genoemde ziektebeelden, zijn wij het geheel met hen eens dat in twijfelgevallen elektromyografie belangrijke aanvullende informatie kan geven.

Amsterdam, november 1984

C.H. POLMAN  
C.J. GIJSBERS

### *Hoe kunnen door eenvoudig onderzoek aspecifieke mechanische lage-rugpijn en psychogeen bepaalde rugklachten worden onderscheiden?*

In het artikel van de collegae Lankhorst en Van der Korst in dit tijdschrift (1984; 2101-3) staan een aantal onduidelijkheden die wellicht tot misverstanden kunnen leiden. Zo wordt in de eerste zin vermeld dat aan niet-traumatische rugpijn zowel specifieke als aspecifieke lichamelijke factoren ten grondslag kunnen liggen. Wanneer op de begrippen specifiek en aspecifiek niet verder wordt ingegaan, doet zo'n indeling wat simplistisch aan. Iets verderop wordt gezegd dat de combinatie van aspecifieke mechanische en psychogene oorzaken waarschijnlijk vaak voorkomt. Gesteld wordt dat geen van beide aanleiding geeft tot het zoeken van hulp, maar dat de combinatie een drempel te boven gaat en de patiënt bij de arts brengt met een lichamelijke klacht. Dit lijkt me wel een bijzonder boude bewering. Wie zijn wij dat we precies weten waarom een patiënt zijn arts consulteert. Op zijn minst zal daarbij een complex van factoren een rol spelen. Vaak zal de patiënt met rugklachten zich ook al een eigen mening hebben gevormd over zijn rugpijn.<sup>1</sup>

Een groot bezwaar van het artikel vind ik dat het belang van de anamnese bij de diagnostiek van de rugaandoening niet uit de verf komt. Gesteld wordt dat met behulp van een aantal tests, waarvan elke arts - huisarts en specialist - er ongetwijfeld veel meer in zijn bezit zal hebben - een verdere differentiëring tussen psychische en somatische oorzaken tot de mogelijkheden behoort. Uiteraard kunnen zulke tests hun nut hebben, maar niet eerder dan dat de anamnese en de eerste indruk bij het binnenkomen in de spreekkamer