

- <sup>1</sup> Mauriello JA, McLean IW, Wright JD. Loss of eyes after intraocular lens implantation. *Ophthalmology (Rochester)* 1983; 90: 378-85.
- <sup>2</sup> Apple DJ, Craythorne JM, Olson RJ, et al. Anterior segment complications and neovascular glaucoma following implantation of a posterior chamber lens. *Ophthalmology (Rochester)* 1984; 91: 403-19.
- <sup>3</sup> Crone RA. Hora est. Afscheidsrede in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam op 21 oktober 1983.

Bussum, maart 1985

A. HAMBURG

Collega Hamburg verontrust zich terecht over het feit dat het implanteren van een kunstlens af en toe leidt tot het verlies van een oog; in elk centrum kan men dit vaststellen. Met mijn artikel heb ik zo goed en kwaad als het mogelijk is, willen aangeven onder welke omstandigheden men complicaties krijgt, maar ook hoe men ze kan vermijden. Steunend op de gegevens van meerdere auteurs en op mijn eigen ervaring kwam ik tot de conclusie dat de lensimplantatie niet meer risico's meebrengt dan de klassieke cataractoperatie indien men gebruik maakt van de extracapsulaire techniek en aangepaste lensmodellen. Het is dus wel verwonderlijk dat collega Hamburg mij woorden in de mond legt die geenszins mijn gedachtengang vertolken. Nochtans maakt hij zijn persoonlijk standpunt duidelijk bekend door te stellen dat indien hij een cataract had, hij wel te vinden zou zijn voor een lensimplantatie. Dit is een duidelijk uitspraak die bewijst dat het „primum non nocere” onder bepaalde omstandigheden niet van toepassing is.

Leiden, april 1985

P.A.M. LEONARD

### *Botscentigrafie in de oncologie, wanneer is het zinvol?*

Terecht wordt weer eens aandacht geschonken aan het belang van botscentigrafie in de oncologie (1985; 459-62). Helaas wordt echter voorbijgegaan aan het zogenaamde flare-fenomeen, waarvan bekend is dat het kan optreden bij de behandeling van patiënten met botmetastasen en verwarring kan geven bij de interpretatie.<sup>1,2</sup> In de paragraaf over prostaatacarcinoom wordt gesteld dat de fosfatasespiegels in het serum onvoldoende aanknopingspunten geven voor skeletmetastasen. De literatuurverwijzing ontbreekt hier echter. Het prostaatacarcinoom wordt een indicatie genoemd voor botscentigrafie bij het eerste onderzoek en follow-up, wat voor het eerste onderzoek zo zou kunnen zijn. De vraag is echter of follow-up met behulp van een botscan – wat vele oude mensen bovendien zeer belastend vinden – zinvol is. Wat is de noodzaak van botscentigrafie bij de follow-up indien er geen klachten zijn? Het mag bekend worden verondersteld dat verhoogde waarden van prostaatzure fosfatase in het serum (bepaald met een gevoelige immunochemische methode) de afwijkingen op de botscan veelal maanden voorafgaan en met zeer hoge betrouwbaarheid kunnen wijzen op lymfklier- dan wel skeletmetastasering. Is hier wel voldoende contact met de discipline klinische chemie? De vraag is zelfs of bij de primaire diagnose prostaatacarcinoom met normale prostaatzure-fosfatasegehalten van het serum een botscan is geïndiceerd. Hiervoor verwijzen wij naar onze onderzoeksresultaten op het symposium Trends in de enzymologie Diagnostica Merck 5 juni 1984. Wij zijn van mening dat voor de follow-up van het prostaatacarcinoom het gehalte van prostaatzure fosfatase een gevoeliger graadmeter is dan skeletscintigrafie. Hiervoor zijn ook argumenten in de recente literatuur te vinden.<sup>3,5</sup>

- <sup>1</sup> Levenson RM, Sauerbrunn BJL, Bates HR, Eddy JL, Ihde DC. Comparative value of bone scintigraphy and radiography in monitoring tumor response in systemically treated prostatic carcinoma. *Radiology* 1983; 146: 513-8.
- <sup>2</sup> Perkins AC, Hardy JG, Wastie ML, Clifford KMA. Serial radionuclide imaging during treatment of patients with diffuse bone metastases from carcinoma of the prostate. *Eur J Nucl Med* 1982; 7: 322-3.
- <sup>3</sup> Klein LA, Shapiro P. Role of acid phosphatase measurement in management of prostate cancer. *Urology* 1981; 17: 550-3.
- <sup>4</sup> Cooper EH, Pidcock NB, Daponte D, Glishan RW, Rowe E, Robinson MRG. Monitoring of prostatic cancer by an enzyme-linked immunosorbent assay of serum prostatic acid phosphatase. *Eur Urol* 1983; 9: 17-23.
- <sup>5</sup> Wirth MP, Gomes de Oliveira J, Frohmüller HGW. Monoclonal antibody-based radioimmunoassay compared with conventional enzyme immunoassay in the detection of prostatic acid phosphatase. *Eur Urol* 1984; 10: 326-30.

Gouda, maart 1985

R.D. VAN CAUBERGH  
A. VAN DALEN

Iedereen weet dat er veel geschaafd en weggelaten moet worden om een overzicht te bieden dat een brede schaar van lezers kan boeien. Daarom verwezen wij hoofdzakelijk naar overzichtsartikelen, waarin de geïnteresseerde lezer alle gewenste aanvullingen kan terugvinden.

Het zg. flare-fenomeen berust op het in vermeerderde mate opnemen van radioactiviteit in een eerder aangetoonde metastase, zodat het lijkt dat het proces verergert, terwijl de patiënt klinisch juist verbetert. De inzenders vragen zich af wat het nut van botscentigrafie is bij het ontbreken van skeletklachten en ook waarom er niet dieper op de rol van zure-fosfatasespiegels wordt ingegaan als alternatief voor scintigrafische follow-up. In alle door ons geraadpleegde literatuur wordt voor de evaluatie van skeletmetastasen van prostaatacarcinoom aan botscentigrafie de voorkeur gegeven boven radiologie, zure-fosfatasespiegels en klachten en verschijnselen. Voor de staging van prostaatkanker wordt in het protocol dat door de IKA werd opgesteld, scintigrafie van het skelet als routine aanbevolen.

Met opzet hebben we vermeden botscentigrafie te noemen als middel om het resultaat van een behandeling te meten. Daaraan kleven te veel onvolkomenheden, zoals niet-vergelijkbare uitvoering van het onderzoek, niet-vaststaan van criteria waaraan men progressie of genezing moet relateren, etc.<sup>1</sup> Wel wezen we op de mededelingen van Hortobagyi et al. die menen dat men het behandelingsresultaat beter radiologisch dan d.m.v. scintigrafie kan nagaan (weliswaar bij patiënten met borstkanker).<sup>2</sup>

Het probleem met de zure-fosfatasespiegels van het serum is onzes inziens, dat er in de literatuur zo weinig duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen de resultaten van de chemische en de radioimmunoassay-methode. Algemeen verkiest men de laatste, omdat deze sensitiever is. McNeil verklaart dat 61% van de prostaatacarcinoompatiënten met een verhoogde zure-fosfatasespiegel in het serum (chemisch en (of) immunologisch bepaald) botmetastasen blijkt te hebben.<sup>3</sup> Huben en Schellhamer melden dat 75% van de patiënten met verhoogd (chemische) zure-fosfatasegehalte in het serum een afwijkende botscan heeft tegen 80 tot 90% van de patiënten met verhoogde zure-fosfatasegehalten bij immunoassay.<sup>4</sup> Zij achten de laatste methode zo gevoelig dat bij normale waarden botscentigrafie niet geïndiceerd is. Desondanks leggen ze zich neer bij de superioriteit van botscentigrafie t.o.v. radiologie, klachten en verschijnselen en biochemie bij de staging van recent gediagnosticeerd prostaatacarcinoom. Dat veel oudere patiënten het onderzoek belastend vinden is overdreven. Het is in iedere afdeling voor nucleaire geneeskunde mogelijk om in plaats

van het „whole body” scanbed, aparte opnamen te maken met de scintillatiecamera, waarbij de patiënt zich tussen de opnamen door kan verleggen.

#### LITERATUUR

- 1 Levenson RM, Sauerbrun BJL, Newman RD, Eddy JL, Ihde DC. Comparative value of bone scintigraphy and radiography in monitoring tumor response in systemically treated prostatic carcinoma. *Radiology* 1983; 146: 513-8.
- 2 Hortobagyi GN, Libschatz HI, Seabold JE. Osseous metastases of breast cancer (clinical, biochemical, radiographic and scintigraphic evaluation of response to therapy). *Cancer* 1984; 55: 577-82.
- 3 McNeil BJ. Value of bone scanning in neoplastic disease. *Semin Nucl Med* 1984; 14: 277-86.
- 4 Huben RP, Schellhamer PF. The role of routine follow-up bone scans after definite therapy of localized prostatic cancer. *J Urol* 1984; 128: 510-2.

Haarlem,  
Leiden, april 1985

H.E. SCHÜTTE  
E.K.J. PAUWELS

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van het artikel van de collegae Schütte en Pauwels, waarin zij duidelijk en juist de indicaties voor botsintigrafie bij oncologische patiënten beschrijven (1985; 459-62). Een aanvulling is onzes inziens op zijn plaats.

Wij achten het belangrijk ook patiënten met niercarcinoom bij de indicaties voor skeletsintigrafie te betrekken. De auteurs merken op dat hierover in de literatuur weinig gegevens te vinden zijn en dat daarenboven skeletmetastasen van een niercarcinoom door het osteoplastisch karakter goed op röntgenfoto's zichtbaar worden. Zij geven dan ook aan het röntgenonderzoek op geleide van lokale botpijnen de voorkeur boven het skeletonderzoek met radioisotopen. Onze ervaring echter is dat skeletmetastasen bij patiënten die een nefrectomie hebben ondergaan wegens een maligniteit niet alleen heel snel, maar vaak ook heel laat na de operatieve ingreep kunnen ontstaan, bovendien niet altijd lokale pijnen veroorzaken en tenslotte ook niet op röntgenfoto's van het skelet worden waargenomen.

Een voorbeeld hiervan is een 74-jarige patiënte die kortelings in ons ziekenhuis was opgenomen wegens lang bestaande rugklachten, gepaard gaande met pijnen in de benen en in de buik. Acht jaar tevoren was bij haar een nier verwijderd wegens een Grawitz-tumor. Bij algemeen lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen van betekenis ontdekt. Wel was het distale gedeelte van de lumbale wervelkolom paravertebraal drukpijnlijk, zonder dat er

duidelijk asdruk- of kloppijn in de wervels was. Het röntgenonderzoek toonde behoudens een versmalling der intervertebrale ruimten geen afwijkingen. Het „whole body”-scintigram daarentegen liet multiële bothaarden zien en wel in L.1 en L.3, het bekken skelet, de femora en beide humeri. De afwijkingen in het bekken en in de pijpbeenderen bleken op de röntgenfoto's veroorzaakt te worden door een lytisch proces, terwijl de röntgenfoto's van de lumbale wervelkolom niet afwijkend waren. Door middel van een biopsie uit één der osteoplastische haarden kon de diagnose skeletmetastase uitgaande van een Grawitz-tumor worden gesteld.

De skeletsintigrafie bij deze patiënte informeerde ons over de uitbreiding van het proces in het skelet, ook daar waar de röntgenfoto ons in de steek liet. Onzes inziens is dan ook de skeletsintigrafie een belangrijk hulpmiddel om uitbreiding van een maligne nierproces in het skelet aan te tonen. Dit onderzoek dient aan het röntgenonderzoek vooraf te gaan.

Amersfoort, maart 1985

G. DE HAAS  
H.CH.H. HART  
R.J. LIONARONS

Het is bekend dat bij röntgenonderzoek van het skelet van oudere personen, als er sterke kalkarmoede bestaat, nogal wat destructie gemist kan worden voordat de laesie zichtbaar wordt. Lodwick heeft daarvan fraaie voorbeelden gegeven.<sup>1</sup> Bij osteoporotische patiënten zal men op zijn hoede dienen te zijn indien er bij maligniteit in de voorgeschiedenis skeletklachten optreden, die mogelijk op metastasen kunnen berusten. Botsintigrafie past bij deze patiënten volledig in het schema dat wij gaven: klinische verdenking van botmetastasen. Wij zijn van mening dat er inderdaad meer onderzoek naar de waarde van scintigrafie bij niercarcinomen dient te geschieden, maar dat men voorzichtig moet zijn om indicaties te stellen op grond van casuïstische ervaringen.

#### LITERATUUR

- 1 Lodwick GS. The bones and joints. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1971: 35-7.

Haarlem,  
Leiden, april 1985

H.E. SCHÜTTE  
E.K.J. PAUWELS

## BOEKAANKONDIGINGEN

J.J.E. VAN EVERDINGEN, *Verbaal verkeer in de geneeskunde*. Met luchtige schetsjes van Lilian ter Horst. 76 bl. Bunge, Utrecht 1984. Prijs: ingen. f 20,-.

J.J.E. VAN EVERDINGEN, *Zwart op wit in de geneeskunde*. Met tekeningen van Lilian ter Horst. 110 bl. Bunge, Utrecht 1984. Prijs: ingen. f 20,-.  
Prijs voor de twee boekjes te zamen: ingen. f 30,-.

De titel van het eerste, deprimerende, boekje doet vermoeden dat het over verbaal verkeer in de geneeskunde gaat. Maar ho maar. De naam van de uitgever belooft wetenschap. Maar geen wetenschap te bekennen. Eén en al leugen en bedrog dus? Nee, het ligt iets gecompliceerder. Het gaat hier om een komisch bedoeld werkje (die ontdekking vergt even tijd) waarin een soort medisch Opperlands is

nagestreefd. Maar het is niet komisch en Opperlands is het ook niet. Enigszins medisch is het, vrees ik, wel. Het overtreedt de Opperlandse grondwet – geen woordspelingen! – onophoudelijk. Ludiek verstopte gênante spelletjes met namen als Treffers, Greep, Stuyt, Van der Schaar en, als ik het wel heb, Tytgat (maar die is – begrijpelijk – wel héél verstopt) vormen het dieptepunt van deze met kreupele limerickjes ingeleide paragraafjes. Het geheel vormt (behoudens een paar leuke citaten) een ernstige ondermijning van het vertrouwen in de medische stand.

De door grootmeester Battus ontketende taalrage werd hier een ziekte. Het pseudo-Battus-syndroom. Niet dodelijk, wel hinderlijk, vooral voor de omgeving. Dit alles geldt mutatis mutandis ook voor het tweede boekje.

F. BALK-SMIT DUYZENTKUNST