

Patiënt C lijkt hierop helaas een uitzondering te (gaan) vormen.

#### LITERATUUR

- 1 Gathier JC, Bruyn GW, Strik F. Acute scapulo-humerale paralyse (zg. serratus-verlamming). Ned Tijdschr Geneesk 1960; 104: 819-25.
- 2 Mumenthaler M. Neurologie. Ein Lehrbuch für Aerzte und Studenten. 7e druk. Stuttgart: Thieme, 1982: 433.
- 3 Petreia JE, Trojaborg W. Conduction studies of the long thoracic nerve in serratus anterior palsy of different etiology. Neurology (Cleveland) 1984; 34: 1033-7.

Utrecht, april 1985

F. VISSCHER

Collega Visscher geeft aan dat ik met geen woord rep over het reeds lang bekende syndroom van de acute scapulo-humerale paralyse. Het desbetreffende artikel heb ik niet gelezen, maar ik heb dan ook geen uitputtende literatuurstudie gedaan over het onderwerp van mijn publikatie. Merkwaardigerwijze kreeg ik van collega Strik een brief, waarin hij mij op het artikel van hem en de collegae Gathier en Bruyn attendeerde.<sup>12</sup> Tevens gaf hij in zijn brief het antwoord op de opmerking van collega Visscher. In zijn proefschrift heeft hij de volgende stelling geponoerd: „Er zijn goede argumenten aan te voeren voor de hypothese dat de „neuralgische amyotrofie” (lees ook: amyotrofische schouderneurologie, c.q. acute scapulo-humerale paralyse) geen ziekte-eenheid is, maar een syndroom dat door verschillende oorzaken (exogene, endogene en onbekende) kan worden teweeggebracht”.<sup>2</sup> Ik zou daarom vooralsnog willen blijven bij mijn conclusie dat patiënt C een paralyse van de M. serratus anterior heeft van onbekende oorzaak, wellicht door kouvatten, zoals Biemond het destijds beschreef.

#### LITERATUUR

- 1 Gathier JC, Bruyn GW, Strik F. Acute scapulo-humerale paralyse (zg. serratus-verlamming). Ned Tijdschr Geneesk 1960; 104: 819-25.
- 2 Strik F. Ophthalmodynamographie und Ophthalmodynamometrie in der neurologischen Praxis. Rotterdam, 1977. Proefschrift.

Brielle, mei 1985

H.J. STOUTJESDIJK

Naar aanleiding van het artikel van collega Stoutjesdijk (1985; 508-10) over het vrij zeldzaam voorkomen van een M. serratus anterior-paralyse en vooral de hardnekkigheid met langdurige arbeidsongeschiktheid, de waarschijnlijkheid van een irreversibele aandoening, wil ik opmerken dat ik het ook wel eens anders heb gezien.

Het betreft een 49-jarige meewerkende landbouwer, bij wie een rechtszijdige M. serratus anterior-paralyse bestond, maar ook links in lichte mate. Bij provocatie, overstrekken van de armen, was er een scapula alata rechts duidelijker dan links. De M. trapezius maakte rechts een atrofische indruk. Na enige maanden verrichtte hij lichte werkzaamheden, kreeg dan wel pijn, vooral bij regenachtig weer. Hij werd behandeld met fysiotherapie, o.a. elektrotherapie. Na ruim een halfjaar was er een aanzienlijke verbetering, met nog nauwelijks afstaande scapulae. Behalve de neuropathie van de N. thoracalis longus nam ik later bij deze man nog neuralgiforme klachten waar van de rug en het been. De karakterstructuur van de man was van angstneurotische aard, veel transpireren, zodat aan een vulnerabel zenuwstelsel werd gedacht. Bij deze patiënt was eerder sprake van een parese dan van een paralyse van de M. serratus anterior, gezien de goede restitutie.

Groningen, april 1985

G.R.A. VISSCHER

## Diagnostiek en behandeling van non-Hodgkinlymfomen

In hun artikel wekken De Pauw et al. (1985; 675-9) de indruk dat voor de behandeling van lymfomen met intermediaire of hoge maligniteitsgraad in stadium I kan worden volstaan met bestraling. Deze suggestie wordt gebaseerd op een prospectief onderzoek van Nissen et al. waaruit blijkt dat adjuvante chemotherapie de kans op een recidief verkleint, maar de overleving niet lijkt te beïnvloeden ( $p=0,13$ ).<sup>1</sup> De conclusie van deze auteurs op grond van hun eigen en twee andere prospectieve gerandomiseerde onderzoeken luidt echter: „For non-Hodgkin's lymphomas of unfavorable histology, adjuvant CT (chemotherapy) improves both relapse-free and overall survival. . .”.<sup>1,3</sup> In alle drie onderzoeken was de ziektevrije overleving statistisch significant beter na adjuvante chemotherapie en in één onderzoek werd, niet onverwacht bij de slechte behandelingsresultaten van recidieven, ook een significant langere overlevingsduur gezien.<sup>2</sup> Toegegeven zij dat in een vierde onderzoek geen additioneel effect van chemotherapie werd gevonden.<sup>4</sup>

Naar onze mening rechtvaardigen deze gegevens het gebruik van adjuvante chemotherapie bij non-Hodgkinlymfomen van ongunstig histologisch type in stadium I. Zelfs kan op grond van gunstige ervaringen met alleen chemotherapie de vraag naar de plaats van radiotherapie aan de orde worden gesteld.<sup>5</sup>

#### LITERATUUR

- 1 Nissen NI, Ersbol J, Hansen HS, et al. A randomized study of radiotherapy versus radiotherapy plus chemotherapy in stage I-II non-Hodgkin lymphoma. Cancer 1983; 52: 1-7.
- 2 Bonnadonna G, Lattuada A, Monfardini S, Milani F, Banfi A. Combined radiotherapy-chemotherapy in localized non-Hodgkin's lymphomas: 5 year results of a randomized study. In: Jones SE, Salmon SE, eds. Adjuvant therapy of cancer II. New York: Grune & Stratton, 1979; 145-63.
- 3 Landberg TG, Håkansson LG, Möller RT, et al. CV<sub>2</sub> remission-maintenance in stage I or II non-Hodgkin's lymphomas. Preliminary results of a randomized study. Cancer 1979; 44: 831-8.
- 4 Glatstein E, Donaldson SS, Rosenberg SA, Kaplan HS. Combined modality therapy in malignant lymphomas. Cancer Treat Rep 1977; 61: 1199-207.
- 5 Miller TP, Jones SE. Initial chemotherapy for clinically localized lymphomas of unfavourable histology. Blood 1983; 62: 413-8.

Amsterdam, april 1985

M.M.A.C. LANGENHUIJSEN

Ondanks de tendens om ook gelokaliseerde non-Hodgkinlymfomen van intermediaire en hoge maligniteitsgraad aanvullend cytostatisch te behandelen, blijven wij van mening dat radiotherapie alleen een doeltreffende behandeling is. Een voorwaarde is wel dat het stadium waarin de patiënt verkeert, adequaat wordt vastgesteld, d.w.z. ook door laparotomie. Adjuvante of primaire chemotherapie verdient wellicht de voorkeur indien er sprake is van stadium I, waarbij een der klieren groter is dan 5 cm of waarbij het aangetaste lymfeklierstation meer dan 3 vergrote klieren bevat.

De literatuur, waaraan collega Van Langenhuijsen refereert, is niet conclusief en heeft als nadeel dat een laparotomie geen vast onderdeel was van de stadiëringsprocedure en dat ook patiënten met een afwijkende uitslag van weefselonderzoek in de analyse betrokken werden. Zou men in alle gevallen een combinatie van radio- en chemotherapie toepassen, dan dient men er rekening mee te houden dat men ten minste 70% van de patiënten overbehandelt en blootstelt aan het risico van een secundaire