

deze onderzoeken zijn zonder controlegroep uitgevoerd en voldoen niet aan de tegenwoordige methodologische eisen.

Binder et al. verrichtten een gecontroleerd onderzoek bij 76 patiënten met een ongecompliceerde epicondylitis lateralis, die ten minste een maand klachten hadden.³ De patiënten werden aselekt verdeeld in een experimentele groep A (38 pat.) en een controlegroep B (38 pat.). De patiënten in groep A kregen 12 plaatselijke behandelingen met ultrageluid (frequentie: 1 MHz; intensiteit: 1-2 W/cm²; duur per behandeling: 5-10 min.; duur van de behandelserie 4-6 weken). De patiënten in groep B kregen placebo-UG volgens hetzelfde schema. Het onderzoek werd dubbelblind uitgevoerd.

Herhaalde metingen van (1) de mate van pijn, (2) pijn bij dorsale flexie van de pols tegen weerstand, (3) pijn bij het optillen van een gewicht en (4) de knijpkracht toonden aan het eind van de behandelperiode statistisch significante verschillen ($p < 0,05$; Wilcoxon's rangtentoets) voor de vier groepen variabelen ten gunste van de met UG behandelde groep. Dit verschil bestond een maand na het staken van de behandeling nog. Een onafhankelijke beoordeling door een arts toonde aan dat in de UG-groep het resultaat van de behandeling bij 63% van de patiënten goed was tegen 29% in de controlegroep ($p < 0,01$; χ^2 -toets). Bij 22 van de

27 patiënten met persisterende symptomen in de controlegroep werd een gunstig resultaat alsnog bereikt met UG of injectie van corticosteroiden alleen of in combinatie. Bij 11 van de 14 patiënten met persisterende klachten uit de experimentele groep werd een bevredigende uitkomst pas verkregen na injecties. Bij controle na een jaar bleek ernstige pijn veel minder voor te komen in de groep die goed reageerde op ultrageluid dan in de groep waarin injecties nodig waren gebleken. Lichte of intermitterende pijn kwam nog bij meer dan de helft van de patiënten voor.

De auteurs concluderen dat ultrageluid het herstel bij epicondylitis lateralis bevordert, maar slechts bij 63% van de patiënten. Van de patiënten uit de controlegroep herstelde 29% zonder enige verdere behandeling.

LITERATUUR

- ¹ Kramer JF. Ultrasound: evaluation of its mechanical and thermal effects. Arch Phys Med Rehabil 1984; 65: 223-7.
- ² Goddard DH, Revell PA, Cason J, et al. Ultrasound has no anti-inflammatory effect. Ann Rheum Dis 1983; 42: 582-4.
- ³ Binder A, Hodge G, Greenwood AM, et al. Is therapeutic ultrasound effective in treating soft tissue lesions? Br Med J 1985; 290: 512-4.

G.J. LANKHORST

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)

Diagnostiek en behandeling van non-Hodgkin-lymfomen

De door De Pauw et al. (1985; 675-9) genoemde incidentie van 4,3 bij mannen en 2,5 bij vrouwen per 100.000 inwoners per jaar is waarschijnlijk aan de lage kant. De indruk zou voorts kunnen bestaan, dat deze waarden constant zullen blijven. Een nauwkeurig inzicht in het vóórkomen van non-Hodgkin-lymfoom is een voorwaarde voor planning van de zorg voor die patiënten waarbij de nieuwe ontwikkelingen zo goed mogelijk tot hun recht komen.

De gegevens van de regionale kankerregistratie in Zuid-oost-Brabant en Noord-Limburg maken thans een betere schatting mogelijk.¹ Het betreft ruim 6% van de Nederlandse bevolking in de periode van 1978 tot 1982. Uit de landelijke doodsoorzakenregistratie van het CBS zijn voorts sterftegegevens te gebruiken (de diagnosegroepen 200 en 202 zijn te zamen genomen). De incidentie blijkt in het genoemde gebied 10,4 bij de man en 5,5 bij de vrouw te bedragen, de landelijke sterfte (primaire en secundaire doodsoorzaak) 6,9 en 4,3 per 100.000 inwoners per jaar in de jaren 1981 en 1982.

Naar schatting kunnen thans ca. 1000 nieuwe patiënten per jaar verwacht worden, van wie ca. 300 jonger dan 60 jaar zijn. De incidentie neemt zeer sterk toe met het stijgen van de leeftijd. Wegens de verwachte toename van het aantal ouderen is de komende jaren een stijging van het aantal patiënten met 1,5% per jaar te verwachten.² In tegenstelling tot wat Hoogendoorn hierover destijds heeft gerapporteerd,³ is van 1969 tot 1983 een stijgende trend in de sterfte aan non-Hodgkin-lymfoom waarneembaar, zij het alleen in de oudere leeftijdsgroepen. In de groep van 60-74 jaar

bedroeg de stijging in de jaren 1981 en 1982 ten opzichte van de jaren 1969 en 1970 66% bij mannen en 36% bij vrouwen en daarboven respectievelijk 128% en 123%. In de jongere en middelbare leeftijdsgroepen is de sterfte in deze periode ongeveer gelijk gebleven. Het sterk toegenomen aantal oudere patiënten met non-Hodgkin-lymfoom roept enkele vragen op: wordt de ziekte bij oudere mensen vaker herkend, verbetert de diagnostiek en (of) stijgt de incidentie werkelijk? Verbeterde behandeling in de laatste jaren zou het sterftecijfer doen dalen. Volgens de huidige opvattingen van „Cancer Control” in het National Cancer Institute, dient de „impact” van interventies in de kankerbestrijding uiteindelijk in de bevolking te worden vastgesteld.⁴ Dit vereist een specifieke registratie en documentatie van deze groep ziekten.

Zouden de schrijvers in het licht van de door hen beschreven ontwikkelingen, het zeldzame karakter van de ziekte en de indeling in vele subgroepen en de leeftijdsverdeling een uitspraak willen doen over een wenselijke aanpak van de organisatie van de behandeling van deze patiënten en het verbonden wetenschappelijk onderzoek? Is niet een zekere bundeling van bepaalde activiteiten in een beperkt aantal ziekenhuizen en laboratoria te overwegen, vooral wanneer het gaat om de mogelijk curatieve behandeling van patiënten op jongere en middelbare leeftijd?

Rotterdam, Groningen
juni 1985

J.W.W. COEBERGH
S. TERPSTRA

LITERATUUR

- ¹ Kankerregistratie in Zuidoost-Brabant en Noord-Limburg. Evaluatierapportage, samenwerking orgaanoncologie ziekenhuizen. Eindhoven: Integraal Kankercentrum Zuid, 1983.

² Coebergh JWW, Terpstra S. Intensivering van de zorg voor patiënten met bloed- of lymfeklierkanker. Landelijk plan, 1984. KWF-rapport. ISBN no. 90-71229-02-5.

³ Hoogendoorn D. Trends in de kankersterfte. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1661-8.

⁴ Greenwald P, Cullen JW. The new emphasis in cancer control. JNCI 1985; 74: 543-51.

Wij achten de reactie van de collegae Coebergh en Terpstra een welkome aanvulling op ons caput selectum. De genoemde incidentiecijfers waren gebaseerd op gegevens uit de eerste conceptrapportage van Coebergh en Terpstra, waar wij de beschikking over hadden. De nieuwe cijfers benaderen de realiteit waarschijnlijk beter. Collegae Coebergh en Terpstra opperen verder dat in de geconstateerde toename van de frequentie van maligne non-Hodgkinlymfomen, vooral bij de oudere leeftijdsgroepen, mogelijk ook factoren als een betere herkenning en een verbeterde diagnostiek een rol spelen. Wij achten dit niet onwaarschijnlijk en zouden inderdaad willen pleiten voor een landelijke en gestandaardiseerde aanpak van de diagnostiek en de behandeling van maligne lymfomen. Bij het opstellen van de protocollen kunnen wellicht de integrale kankercentra – bij voorkeur in onderling overleg – betrokken worden; tevens is dan specifieke specialistische inbreng door middel van consulenten verzekerd. Zolang de resultaten van de behandeling echter teleurstellend zijn, bestaat er een grote behoefte aan klinisch vergelijkend onderzoek. Dit zal moeten gebeuren onder leiding van erkende centra en met participatie van zoveel mogelijk ziekenhuizen.

De diagnostiek met het toepassen van monoklonale antilichamen lijkt voorlopig, gezien de kosten en het onderzoeksaspect, ook voorbehouden aan centra die de beschikking hebben over de benodigde faciliteiten en een ervaren patholoog-anatoom. Of alle inspanningen een positief effect zullen sorteren op het sterftecijfer zal slechts dan kunnen worden vastgesteld als er een goede kankerregistratie en documentatie tot stand komt. De onlangs in de integrale kankercentra gestarte kankerregistratie is hopelijk de eerste stap op de goede weg.

Nijmegen, juli 1985

B.E. DE PAUW
M.J.J.T. BOGMAN
R. SOMERS
P. VAN HEERDE
J.A.M. VAN UNNIK

Stress-incontinentie bij de vrouw; resultaten van de operatieve behandeling volgens Stamey-Pereyra.

Onlangs verscheen in dit tijdschrift (1985; bl. 951-5) het artikel van Maksimovic et al. Goede resultaten werden vermeld van de operatietechniek toegepast bij een serie van 23 patiënten. De voornaamste complicatie betrof perforatie van de blaaswand door steunhechtingen bij 2 patiënten.

Een andere complicatie, die uit ons literatuuronderzoek niet is gebleken, willen wij u echter niet onthouden. Het gaat om een 37-jarige patiënte, III-gravida, III-para, die ooit een vaginale uterusextirpatie heeft ondergaan wegens metrorragieën. In 1983 werd elders een operatie volgens Stamey-Pereyra uitgevoerd wegens duidelijke stressincontinentie; patiënte was verder gezond. Als resultaat van de uitgevoerde operatie was patiënte van haar stressincontinentie genezen, doch onmiddellijk in aansluiting op de ingreep ontstond een heftige pijn in beide liezen, nabij het

litteken, die uitstraalde naar de mediale bovenzijde van beide benen. Hierdoor werd bovendien het lopen zeer ernstig bemoeilijkt. De pijn was echter wel houdinggevoelig, liggend had patiënte minder last. Elders vond algemeen lichamelijk en neurologisch onderzoek plaats. Uitgebreid onderzoek, waaronder röntgenfoto's van de lumbale wervelkolom en van het bekken, toonde geen afwijkingen aan. Een verklaring voor de pijn kon niet worden gevonden, ook niet door een elders geconsulteerde orthopeed. Er volgde doorverwijzing naar een academisch ziekenhuis, afdeling Urologie. Ook hier kon geen verklaring worden gevonden voor de pijnklachten van patiënte. Een samenhang met de uitgevoerde operatietechniek werd onwaarschijnlijk geacht. Uitgebreid urologisch onderzoek liet slechts een impressie van de Stamey-Pereyra-draden zien, zonder dat hieraan consequenties konden worden verbonden. Aangezien patiënte haar klachten als onverdragelijk ging ervaren, poogde zij een tentamen suicidii, waarvoor opname op een psychiatrische afdeling noodzakelijk was. Uiteindelijk belandde patiënte dan in ons ziekenhuis, in eerste instantie op de afdeling Neurochirurgie.

De specifieke vraagstelling van de huisarts luidde: Is hier sprake van een N. obturatorius-compressie-neuropathie? Uiteindelijk konden ook de neurochirurgisch geen aanwijzingen worden gevonden, die de pijnklachten van patiënte konden verklaren. Een EMG was volstrekt normaal. Vervolgens werd patiënte gezien op de pijn-polikliniek-anes-thesie-afdeling. Peridurale anesthesie deed de pijn verdwijnen, waardoor de gedachte aan een organische afwijking weer meer op de voorgrond kwam. Een proefsympathectomie met behulp van een lokaalanestheticum, wegens de geringe vegetatieve klachten die patiënte had, beïnvloedde de pijn niet.

Patiënte werd vervolgens ook in consult gezien door de gynaecoloog, die bij vaginaal toucher een abnormaal sterk opgetrokken vaginavorwand constateert. Het operatieterrein was zeer pijnlijk bij aanraking. Omdat patiënte zelf de relatie legde met de oorspronkelijke operatie en aandrang op opheffing hiervan, werd zij in januari 1985 opnieuw geopereerd. Via een Pfannenstiel-incisie werd de oorspronkelijke operatie niet alleen ongedaan gemaakt (de beide hechtingen links en rechts werden doorgenomen) maar bovendien werd de reactieve fibrose in het cavum Retzii verwijderd. Tijdens de operatie viel de grote spanning, die er op de Stamey-Pereyra-hechtingen stond, op. Meteen na de operatie had patiënte geen pijn meer en de incontinentie keerde niet terug. Wij kunnen de klachten van patiënte niet anders verklaren dan door een te grote tractie op de buikfascie, welke pas postoperatief kon worden geconstateerd. De houdingsgevoeligheid van de pijn had wellicht eerder kunnen doen besluiten tot opheffen van de oorspronkelijke operatie.

Den Haag, juni 1985

F.Th.J.G.Th. KOK
E.J. VAN ESSEN

Wij zijn de collegae Kok en Van Essen dankbaar voor hun commentaar. Wij hebben dezelfde complicatie intussen zelf ook bij twee patiënten gezien, bij een trad de pijn bilateraal, bij de andere unilateraal op. Wij menen evenwel niet dat de oorzaak van de pijn gezocht moet worden in te sterke tractie op de buikfascie. De verdeling van de pijn komt overeen met het verzorgingsgebied van een gedeelte van de N. genitofemoralis. Wij nemen dus aan dat in de beschreven gevallen een tak van deze zenuw in de knel raakte onder de knoop van de prolene hechting, die gebruikt wordt voor de vaginale suspensie. Wij menen dat het belangrijk is attent te