

<sup>2</sup> 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.

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

<sup>4</sup> 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-Hodgkin-lymfomen, 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

zijn op deze complicatie en dat een snelle verwijdering van de hechting of hechtingen de meest aangewezen behandeling is. Overigens recideerden bij onze beide patiënten de incontinentieklachten niet na verwijdering van de hechtingen: dit kan alleen worden verklaard door littekenvorming, die na de suspensie-operatie ontstaan en die ook na verwijderen van de hechtingen leidt tot een effectieve suspensie van de vagina.

Het lijkt ons dus dat de observatie van Kok en Van Essen en onze eigen bevindingen niet pleiten tegen de operatie volgens Stamey en Pereyra: het lijkt alleen noodzakelijk attent te zijn op de beschreven complicatie.

Rotterdam, juli 1985

F.H. SCHRÖDER

### *Pijn in de buik en nachtelijk zweten, een bijzondere combinatie*

Zeer geïnteresseerd lazen wij de klinische les van Slingerland et al. (1985; 721-4), te meer daar wij niet lang geleden een patiënte met een tuberculeuze peritonitis behandelden. Omdat in dit artikel en in de ingezonden reacties daarop, met het antwoord daarop van Slingerland en Meerman (1985; 1204-5) steeds jonge, niet-Nederlandse mannelijke patiënten worden beschreven, berichten wij over onze bejaarde Nederlandse patiënte, die in haar destijds 80-jarige bestaan zelfs Twente nog nooit verlaten had.

Patiënte kwam op het spreekuur met klachten over een opgezette buik sinds 14 dagen, met vooral 's nachts stekende pijn links boven in de buik, wat opgezette voeten, overmatig transpireren en iets verminderde eetlust. In de gerichte anamnese waren verder geen bijzonderheden, de defecatie was normaal en het gewicht eerder toe- dan afgenomen. Op de thoraxfoto waren oude topafwijkingen te zien, zoals een jaar tevoren toen zij een uterusextirpatie met voor- en achterwandplastiek onderging. Bij lichamelijk onderzoek maakte zij geen zieke indruk, en werden alleen een opgezette buik met tekenen van ascites en een wat forse lever vastgesteld; de lichaamstemperatuur was maximaal 37°C. Laboratoriumonderzoek: BSE 48, Hb-gehalte 7,6 mmol/l, aantal leukocyten 3,8.10<sup>9</sup>/l met normale verdeling, γ-GT 36 U/l, alkalische fosfatasegehalte 128 U/l, LDH-gehalte 213 U/l; normale transaminasengehalten. Echografisch werden de bevindingen bij het lichamelijke onderzoek bevestigd en tevens werden galstenen vastgesteld; ook de gynaecoloog vond geen aanwijzingen voor een tumor. De

reactie van Mantoux was negatief. Ascitespunctie leverde heldergeel vocht met licht verhoogd LDH- en hoog eiwitgehalte en veel ontstekingscellen (met name lymfocytair elementen) zonder aanwijzingen voor een kwaadaardige aandoening. De banale kweek van ascites was negatief; Ziehl-Neelsenpreparaat en Löwenstein-kweek werden helaas niet verricht. Toch beducht op een klein ovariumcarcinoom, werd een laparoscopie verricht, waarbij het beeld werd gezien van een carcinomatosis peritonei, overigens zonder zichtbare afwijkingen aan de ovaria. Biopten van enkele voor metastasen verdachte plekken toonden tot onze verrassing en opluchting fibreus en vetweefsel met talrijke epitheloïdceltuberkels met reuzencellen, deels van het Langhans-type. Het Ziehl-Neelsen-preparaat ervan bleek een negatief resultaat op te leveren. Behandeling met isoniazide (INH), rifampicine en pyrazinamide leidde spoedig tot klinisch herstel; alle verhoogde uitslagen waren normaal geworden, afgezien van alkalisch fosfatasegehalte (bij galstenen). Achteraf bleek dat in het preparaat van de uterusextirpatie het jaar tevoren in het myometrium een conglomeraat van epitheloïdceltuberkeltjes met meerkernige reuzencellen was aangetroffen, ongetwijfeld de bron van deze peritoneale tuberculose.

Kortom, niet alleen bij jonge mannen van vreemde origine, maar ook bij hoogbejaarde Nederlandse vrouwen kunnen pijn in de buik en nachtelijk zweten berusten op een peritonitis tuberculosa. Waren wij alerter geweest, dan hadden we patiënte wellicht de laparoscopie kunnen besparen.

Oldenzaal, juli 1985

A.H.O.D. OVINK  
E. VAN ROON

De ingezonden brief van de collegae Ovink en Van Roon toont eens te meer aan dat tuberculose altijd in de differentiaaldiagnose van buikpijn thuishoort. Ook bij deze patiënte was er behalve de buikpijn een aantal tekenen die de diagnose kunnen doen vermoeden: het transpireren, de topafwijkingen en vooral de samenstelling van de ascites: met name de lymfocytair elementen. Gezien de oude afwijkingen lijkt de oorsprong van de tuberkelbacillen in dit geval niet ter discussie. Omdat de incidentie van tuberculose in ontwikkelingslanden groter is, zal peritonitis tuberculosa waarschijnlijk vaker voorkomen bij migranten uit deze gebieden.

Rotterdam, juli 1985

L. MEERMAN  
R. SLINGERLAND

## BOEKAANKONDIGINGEN

W. MENG, G. KNAPPE en J. DABELS, *Klinische Endocrinologie*. 420 bl., fig., tabellen. VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1985. Prijs: geb. M. 95,-.

Deze monografie geeft een door zijn beknoptheid overzichtelijk beeld van de klinische endocrinologie. Diabetes mellitus wordt niet besproken; de fertiliteitsproblematiek wel. Ook de aandoeningen waarbij endocrien actieve polypeptiden een rol spelen, die aanvankelijk vooral in het darmkanaal werden aangetroffen, krijgen de aandacht.

Duidelijke schema's en fraaie afbeeldingen van ziektebeelden maken het geheel gemakkelijk leesbaar. Het tabellarische overzicht van functietests bevat veel nuttige

gegevens. Het boek is bruikbaar voor studenten en artsen die behoefte hebben aan snelle oriëntatie in een klinisch-endocrinologisch probleem.

H. DOORENBOS

*Appropriate technology*. Articles published in the British Medical Journal. 73 bl., fig., tabellen. British Medical Association, Londen 1985. Prijs: ingen. £ 5,-.

C. JANZING en J. LANSSEN, *Milieutherapie*. Het arrangement van de klinisch-therapeutische zorg. 148 bl., fig. Van Gorcum, Assen 1985. Prijs: ingen. f 25,-.