

dat er in 1950 een niet onbelangrijke 'underreporting' van suïcide zal zijn geweest, afhankelijk van de gebruikte suïcide-methode, zoals er thans nog steeds een niet onaanzienlijke underreporting plaatsvindt bij de aangifte van doodsoorzaken ten gevolge van euthanasie.

Gaarne verneem ik van collega Hoogendoorn of ik zijns inziens al dan niet te zwaar til aan eventuele underreporting van suïcide in 1950 ten opzichte van 1983.

R. DRION

Scheveningen, februari 1986

Naar ik meen, kan ik collega Drion grotendeels geruststellen. Een in de loop van de jaren afnemende 'underreporting' is denkbaar. Men bedenke echter, dat in de overgrote meerderheid van de geregistreerde gevallen van suïcide, zowel in 1950/1951 als in meer recente jaren, gebruik is gemaakt van methoden als ophanging, verdrinking, zich voor de trein werpen, gebruik van wapens. Aan de medicus die bij een dergelijk sterfgeval wordt geroepen, zal de ware toedracht vrijwel steeds duidelijk zijn, en hij zal als regel niet de enige zijn voor wie dit geldt. Wie in dergelijke omstandigheden verklaart dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak, legt een valse verklaring af over een feit, dat als regel niet geheim kan worden gehouden. Afgezien hiervan kan de arts op het B-formulier de juiste diagnose vermelden. De statistiek berust op de via dit formulier verkregen gegevens. Zeker aan collega Drion zal bekend zijn, dat deze zelfs niet voor de rechter toegankelijk zijn.

'Underreporting' zou men eerder kunnen vermoeden met betrekking tot sommige gevallen uit de groep 'suïcide met behulp van medicamenten'. De extra sterke stijging van deze groep zou mogelijk mede kunnen zijn veroorzaakt door het zwakker worden van het taboe (men zie figuur 3 van het artikel). Hier staat echter tegenover, dat vooral de laatste jaren veel meer gevaarlijke stoffen op de markt zijn gekomen, die, al of niet tegelijk ingenomen met geestrijk vocht, de kans op het slagen van een suïcidepoging vergroten. Het komt mij voor, dat dit laatste toch nog meer gewicht in de schaal legt dan het afnemen van het taboe, waar collega Drion op wijst. Maar dit is slechts een vermoeden, dat niet met cijfers kan worden gestaafd.

D. HOOGENDOORN

Wijhe (Ov.), februari 1986

Is de top van de longkankerepidemie in Nederland in zicht?

Verbeek et al. komen op grond van een trendanalyse van longkankersterftecijfers tot en met 1982 in de gehele Nederlandse bevolking tot de conclusie, dat de top van de epidemie van longkanker bij mannen in zicht is (1985; 2365-70). In 1978-1982 zijn deze sterftecijfers van de 55-60-jarige mannen niet hoger dan in 1973-1977, terwijl het cijfer in de groep 35-55-jarigen vanaf 1968-1972 stabiel is. In de groep 60-plussers stijgt in alle perioden de sterfte nog aanzienlijk. De sterftecijfers van longkanker bij vrouwen jonger dan 60 jaar nemen toe in nagenoeg alle geboortecohorten sinds 1915. De hoop wordt uitgesproken dat te zijner tijd meer betrouwbare trendanalyses van de incidentie te maken zijn met behulp van de in 1986 te beginnen landelijke kankerregistratie.

Sinds kort bestaat deze mogelijkheid in de SOOZ-kankerregistratie in Zuidoost-Noord-Brabant en Noord-Limburg, sinds 1983 deel uitmakend van het Integraal Kankercentrum Zuid. Hiertoe is de voor leeftijdsopbouw gecorrigeerde incidentie van longkanker in de periode van 1978 t.m. 1980 vergeleken met de

Incidentie van longkanker (ICD 162) (naar geslacht, per 100.000 personen/jaren) in Zuidoost-Noord-Brabant en Noord-Limburg, 1978-1980 en 1981-1983

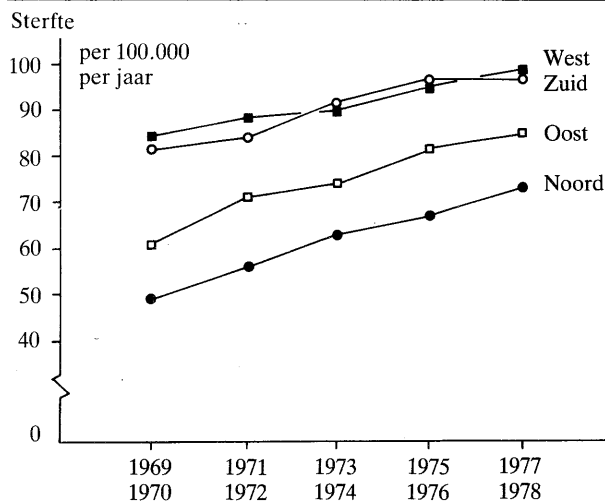
leeftijdsgroep (jaren)	mannen*		vrouwen*	
	1978-1980	1981-1983	1978-1980	1981-1983
30-44	8,4 (23)	8,6 (25)	2,0 (5)	4,9 (13)
45-59	139,0 (267)	123,8 (252)	13,6 (26)	17,8 (36)
60-74	644,7 (650)	621,2 (670)	24,8 (30)	25,4 (33)
> 74	758,6 (221)	732,1 (232)	25,2 (11)	19,4 (10)
alle leeftijden**	137,3 (1161)	130,5 (1179)	7,1 (72)	8,5 (92)

*Tussen haakjes de absolute aantallen patiënten.

**Europese standaardpopulatie.

incidentie in 1981 t.m. 1983 (tabel). Er blijkt een daling in de incidentie bij mannen in de leeftijdsgroepen ouder dan het 45e jaar en een stijging bij vrouwen tot het 60e jaar. Waarom verschilt het patroon van verandering van deze regionale incidentiecijfers bij mannen van de landelijke CBS-sterftecijfers?

De factor tijd kan een rol spelen. Omdat de door ons gebruikte perioden gemiddeld later vallen en de datum van overlijden meestal later is dan de datum van diagnose, beschikken wij over gegevens van recentere datum. De aanwezigheid van aanzienlijke regionale verschillen in de hoogte van de longkankersterfte in de verschillende landsdelen van Nederland speelt voorts misschien een rol. Als andere factoren, die de hoogte van het sterftecijfer beïnvloeden, niet systematisch regionaal verschillen, mogen deze verschillen in het sterftecijfer aan incidentieverschillen worden toegeschreven. De hoogte van de incidentie van longkanker bij mannen is zodanig dat de toevoelingsvariatie naar verhouding gering is, zeker wanneer de indeling in landsdelen wordt gebruikt. Uit de figuur blijkt dat het verschil tussen het voor leeftijdsopbouw gecorrigeerde sterftecijfer in landsdeel West en Zuid ten opzichte van Noord en Oost vrij groot is. Het verschil wordt evenwel kleiner in de periode 1969-1978.¹ Men kan zich voorstellen dat de sterfte in West en (of) Zuid gaat dalen, terwijl die in Noord of Oost nog 'doorstijgt'. In een landelijk cijfer kunnen deze verschillende trends tegen elkaar wegvallen. Voor wie op korte termijn geïnformeerd wenst te zijn over trends in de incidentie van een veel voorkomende tumor zoals longkanker zijn onzes inziens



Ontwikkeling van de sterfte aan longkanker bij mannen in de verschillende landsdelen in de periode 1969-1978.¹

enkele steekproeven in delen van het land waarschijnlijk een beter middel dan een van nature traag tot stand komende landelijke kankerregistratie.

LITERATUUR

¹ Centraal Bureau voor de Statistiek. Atlas van de Kankersterfte in Nederland 1969-1978. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980: 44.

M. TH. VERHAGEN-TEULINGS

Eindhoven, januari 1986

M. A. CROMMELIN

J. W. W. COEBERGH

Intramurale hematomen van de dunne darm tijdens het gebruik van orale anticoagulantia

In een overigens zeer interessant en op de praktijk gericht artikel stellen Giesbers et al. (1986; 113-7), dat echografie geen bijdrage levert aan de diagnostiek van het intramurale darmwandhematoom. Indien echter de diagnose op grond van buikpijn, een dalend Hb-gehalte, een Thrombotest kleiner dan 5% bij coumarinegebruik, intestinale obstructieverschijnselen en de ook door de auteurs genoemde kenmerken op de blanco buikoverzichtsfoto wordt vermoed, kan deze diagnose ons inziens juist zeer goed worden bevestigd door echografisch onderzoek, zoals wij onlangs bij een patiënt met deze aandoening konden vaststellen. Bij deze patiënt werd bij het echografisch onderzoek van het aangetaste darmgedeelte in de lengterichting een brede echolucente band met centrale reflexielijn ('sandwich sign', figuur 1) en in de dwarse richting een echolucente cirkel met reflexie van het centrum ('bull's eye' of 'target sign', figuur 2) gezien.^{1,2} Beide tekenen wijzen op een verdikte darmwand met een vernauwd lumen. Bij het darmwandhematoom valt de regelmatigheid van deze structuren op in tegenstelling tot darmwandtumoren, maligne lymfomen, chronische darmontstekingen en invaginatie.

Wij onderschrijven de stelling, dat indien de diagnose intramuraal darmwandhematoom aannemelijk is, een conservatief beleid dient te worden gevoerd. Mede daarom moet tot het uiterste gegaan worden om deze diagnose zeker te stellen en weinig belastende onderzoeksmethoden als de echografie hebben ons inziens hierin zeker een plaats.

LITERATUUR

¹ Mueller PR, Ferrucci JT, Harbin WP, Kirkpatrick RH, Simeone JF, Wittenberg W. Appearance of lymphomatous involvement of the mesentery by ultrasound and body computed tomography: the 'sandwich sign'. Radiology 1980; 134: 467-73.

² Lee TG, Brickman TG, Avcilla LS. Ultrasound diagnosis of intramural intestinal hematoma. J Clin Ultrasound 1977; 5: 423-4.

R. J. VIERHOUT

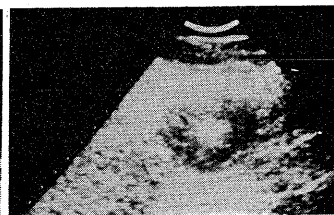
Emmen, januari 1986

G. VOSKAMP

In een fraai geïllustreerde casus maken de collegae Vierhout en Voskamp duidelijk, dat onze afwijzing van echografie als diagnostisch hulpmiddel tèt categorisch is. Afwijkingen van het maag-darmstelsel zijn op zich moeilijk toegankelijk voor echografische diagnostiek, en dit geldt a fortiori voor het intramurale 'hematoom', dat zich ook als diffuus verspreide ecchymosen kan voordoen. Slechts een positieve bevinding is van waarde, een negatieve, en de kans hierop lijkt zeer reëel, zegt niets. Nogmaals willen wij er de nadruk op leggen dat de klinische diagnose intramuraal hematoom van de dunne darm tijdens het gebruik van anticoagulantia slechts door röntgen- dan wel echografisch onderzoek zeker kan worden gesteld, doch niet



FIGUUR 1



FIGUUR 2

kan worden uitgesloten. Dat tot het uiterste moet worden gegaan om de diagnose zeker te stellen, waarbij ook van echografie gebruik wordt gemaakt, kunnen wij slechts onderschrijven.

A. A. G. M. GIESBERS

Hillegom, februari 1986

A. J. VOETS

H. L. DE SMET

L. J. G. P. VAN WILDEREN

Een te voorkomen neurologisch ziektebeeld

De auteurs van deze les (1985; 51-3) zijn zo vriendelijk niet in te gaan op de vraag hoe het mogelijk is geweest dat er zo ernstige afwijkingen zijn ontstaan voordat de diagnose gesteld werd, maar wellicht konden de lezers daar nog wat van leren. Dan staat er 'Het verdere bloedbeeld en de bezinkingssnelheid waren normaal'. Als er zo'n duidelijk tekort is aan erythrocyten zou ik ook een wat laag aantal leukocyten en trombocyten verwacht hebben. Zou het bloeduitstrijkje geen anisocytose, poikilocytose en megalocytose te zien hebben gegeven en hypersegmentatie van de granulocyten?

L. KUENEN

Leiden, januari 1986

Inderdaad mag men verwachten dat bij patiënten met vitamine B12-deficiëntie die een ernstige anemie hebben, het leukocyten- en trombocytenaantal is gedaald. In het bloeduitstrijkje kunnen dan anisocytose, poikilocytose en macro-ovalocyten aanwezig zijn. Onze patiënt had bij opname, behalve het gedaalde erythrocytengehalte, het laag-normale Hb en de verhoogde MCV, een leukocytenaantal van $5,2 \times 10^9/l$ en een trombocytenaantal van $231 \times 10^9/l$ (de volgende dag 185). Dit valt binnen de grenzen van normaal. De BSE was 15 mm. In het bloeduitstrijkje werd slechts één keer een lichte anisocytose gezien. Opvallend is dat na het begin van de vitamine B12-injecties het leukocytenaantal opliep tot 7,0 en het trombocytenaantal tot 317.

Hoewel er dus wel reactie van het aantal leukocyten en trombocyten op de toediening van vitamine B12 is geweest, vallen de uitgangswaarden hiervan nog binnen de normale grenzen. Dit draagt alleen maar bij tot onze waarschuwing dat ernstige neurologische afwijkingen kunnen voorkomen bij een 'bijna normaal' bloedbeeld. Door welke oorzaak bij patiënte de hematologische afwijkingen zo op de achtergrond stonden, weten wij niet. Ze bezocht voor ze bij ons kwam een niet-conventionele genezer. Omdat die misschien een foliumzuurhoudend preparaat had voorgeschreven, hebben wij de flesjes en voorschriften van deze dokter nauwgezet geïnspecteerd. Wij hebben echter geen aanwijzingen gevonden voor enige aanwezigheid van foliumzuur.

A. E. J. DE JAGER

Groningen, februari 1986

P. J. CARPENTIER