

De opmerkingen van collega Meijler naar aanleiding van onze publikaties zijn zeer ter zake, en wij gaan er graag op in.

Allereerst de vergelijking tussen de Verenigde Staten en Nederland. Weliswaar is de sterfte aan ischemische hartziekten in de V.S. sterk teruggelopen, maar het niveau ligt er inderdaad nog steeds hoger dan in Nederland. Op grond van het cholesterolgehalte in serum in beide landen in de periode 1970-1980 zou men eerder het omgekeerde verwachten. Ook het sigarettengebruik lijkt in de V.S. niet hoger te liggen dan in ons land. Een recente goed gestandaardiseerde vergelijking van de bloeddrukken in de twee landen is niet voorhanden, maar spectaculaire verschillen zijn er vermoedelijk niet. De drie bekende risicofactoren leveren in dit geval dus geen uitsluitel. Wat echter wél duidelijk verschilt is het vóórkomen van vetzucht. Amerikanen zijn gemiddeld een stuk dikker dan Nederlanders, en ernstige obesitas komt er twee- tot driemaal zo vaak voor als in ons land.<sup>1</sup> Vetzucht zou een directe oorzaak van ischemische hartziekten kunnen zijn,<sup>2</sup> en verder gaat vetzucht vaak gepaard met een lager HDL-cholesterolniveau, een hogere bloeddruk en een grotere kans op diabetes mellitus. Deze dragen alle drie bij tot een vergroot risico. Er kunnen natuurlijk nog andere factoren in de leefwijze van Amerikanen zijn die tot hartinfarcten en andere ischemische hartziekten leiden en die we nog niet met zekerheid hebben geïdentificeerd. We weten nog lang niet alles over de oorzaken van deze aandoeningen. Dat is echter geen reden om de wél beschikbare kennis niet toe te passen.

Wat de terminologie betreft heb ik getracht mij te houden aan de internationale aanbevelingen.<sup>3</sup> De term 'ischemische hartziekten' wordt gebruikt door de Wereldgezondheidsorganisatie, en ook door het CBS bij de classificatie van doodsoorzaken in Nederland. De Gezondheidsraad geeft de volgende definitie: 'ischemische hartziekten (IHZ) vormen een groep van aandoeningen die gekarakteriseerd worden door een tekortschietende bloedvoorziening van het hart, waardoor zuurstoftekort van de hartspeer kan ontstaan. De belangrijkste klinische manifestaties van IHZ zijn angina pectoris, hartinfarct, acute circulatiestilstand en decompensatio cordis.<sup>4</sup> 'Ischaemic heart disease' en 'coronary heart disease' worden in de Angelsaksische literatuur als synoniemen van elkaar gebruikt.<sup>3</sup> Ik heb dat in mijn stuk ook gedaan, waardoor het door mij oorspronkelijk gebruikte 'coronairlijden' door de redactie is vervangen door 'coronariaziekte'. Als 'coronaire hartziekten' een nog betere vertaling is, zal ik deze graag voortaan gebruiken.

De term 'hart- en vaatziekten' omvat natuurlijk meer dan alleen ischemische hartziekten, al vormen deze laatste wel de grootste categorie. Het verband met cholesterol is voor ischemische hartziekten nu duidelijk aangetoond, en ik heb mij in mijn commentaar dan ook op deze categorie geconcentreerd. Het is echter aannemelijk dat cholesterol ook bij het ontstaan van andere categorieën van hart- en vaatziekten een rol speelt. Zoals de patiënt met familiäre hyperbëtalipoproteïnemie (Fredrickson type IIa) ons heeft geleerd dat een hoog LDL-cholesterolgehalte ischemische hartziekten veroorzaakt, zo leert ons de patiënt met hyperlipoproteïnemie type III dat een ander cholesterolrijk deeltje,  $\beta$ -VLDL, een perifere vaat-aandoening kan veroorzaken. Om de Gezondheidsraad nog eens te citeren: 'Algemeen wordt aangenomen dat preventie van atherosclerose in principe de meest effectieve manier is om ischemische hartziekten te voorkomen. Omdat atherosclerose ook op andere plaatsen in het lichaam aanleiding kan geven tot ziekteverschijnselen (hersenen, benen, nieren) zouden met deze preventie ook andere volksgezondheidsbelangen gediend kunnen zijn'.<sup>4</sup>

Ten slotte: waarom een vraagteken achter de titel? Dat is omdat de massale preventie van 'Absterbekrankheiten' ingrijpende gevolgen zal hebben voor onze toekomstige wijze van leven en sterven; ik ben daar elders uitgebreider op ingegaan.<sup>5</sup>

Consensus klinkt voor mij als het voortijdig einde van een discussie die in feite nog niet is afgerond. Vandaar het vraagteken.

#### LITERATUUR

- 1 Rookus MA, Deurenberg P, Sonsbeek JMA van. Obesity in North America and the Netherlands. *Lancet* 1986; 1: 100.
- 2 Seidell JC, Deurenberg P. Nieuwe internationale aanbevelingen betreffende de diagnose en behandeling van een riskante vetverdeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 2321-2.
- 3 Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease. Report of the joint International Society and Federation of Cardiology/World Health Organization Task Force on standardization of clinical nomenclature. *Circulation* 1979; 59: 607-9.
- 4 Gezondheidsraad. Advies inzake epidemiologie en preventie van ischemische hartziekten, 1984/16. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1984.
- 5 Katan MB. Is voorkomen beter dan genezen? *Voeding* 1986; 47. Ter perse.

M. B. KATAN  
J. T. KNUIMAN

Wageningen, januari 1986

### *Een zeeman met een zwelling in de buik*

Met belangstelling heb ik de klinische les gelezen van de collegae W.J. Rijnberg en P.R.M. Hekking (1986; 147-9). De uiteindelijke diagnose bleek tuberculose van het colon ascensens en van de rechter bovenkwab van de long te zijn. De aanvankelijke symptomen werden gekenmerkt door een ijzergebreksanemie en occult bloedverlies.

Doordat een maligniteit van het colon ascensens niet met zekerheid was uit te sluiten, werd besloten tot een operatie. Wat mij enigszins bevreemdt is dat zo snel tot een operatie werd overgegaan, terwijl toch meerdere gegevens, m.n. de afwijkingen op de röntgenfoto van de thorax, het histologische beeld van de bij colonoscopie genomen bipten en de jonge leeftijd van patiënt, de waarschijnlijkheidsdiagnose coloncarcinoom zeer onwaarschijnlijk maakten. Als ondersteunend argument voor het besluit tot laparotomie voeren de auteurs aan, dat de combinatie van beroep en nationaliteit van de patiënt het volgen van het ziekteproces onmogelijk zou maken. Ook door een operatie is dit probleem niet opgelost, daarentegen onverkort van kracht. Ik ben dan ook van mening, dat overhaast hier een beslissing tot laparotomie is genomen.

Dit is des te meer belangrijk omdat uit onze eigen ervaring tuberculose van het colon zonder enige complicatie geheel kan genezen met medicamenteuze therapie. Ik meen dat het goed is hierop ook in een klinische les over dit onderwerp de nadruk te leggen. De winst die een moderne methode als colonoscopie kan opleveren, komt niet genoeg uit de verf. Het endoscopische beeld van tuberculose van het colon toont op belangrijke punten verschillen met dat van een carcinoom van het colon. Er rest mij nog op te merken, dat het geen nette indruk maakt dat een röntgenfoto van het colon van patiënt ondersteboven en achterstevoren wordt afgedrukt.

Concluderend: de diagnose tuberculose van de dikke darm dient niet gesteld te worden door middel van een laparotomie, en de behandeling van deze aandoening dient medicamenteus te zijn en niet chirurgisch.

S. D. J. VAN DER WERF

's-Gravenhage, februari 1986

Onder dankzegging voor de opmerkingen van collega Van der Werf geven wij graag onze reactie. De beslissing om tot laparotomie over te gaan hebben wij zorgvuldiger overwogen en geformuleerd dan door collega Van der Werf wordt veronder-

steld. Het betrof een Pakistaanse zeeman met een starre, zeer ernstige stenose in de ileocaecale hoek, die met een fiberscoop niet was te passeren en hoogstwaarschijnlijk oorzaak was van de ferriprive anemie. Deze patiënt werd geopereerd met als doel het stenotische darmdeel te reseceren onder de waarschijnlijkheidsdiagnose darmtuberculose (daarom de tuberculostatische paraplu). Gezien de bevindingen bij röntgenonderzoek en colonoscopie achtten wij de kans op slagen van tuberculostatische behandeling alléén gering. Bovendien moeten wij niet vergeten dat het een niet in Nederland woonachtige Pakistaanse zeeman betreft, die voor eventuele nazorg terug moet vallen op Pakistaanse voorzieningen; onze ervaring is dat daar in het algemeen niet veel van terecht komt. In gevallen als deze zijn wij dan ook eerder geneigd tot definitieve therapie dan tot eventueel maandenlang afwachten, zoals onder Nederlandse omstandigheden mogelijk is.

Ook tijdens en na de operatie hebben wij het besluit tot laparotomie niet betreurd. Het geresceerde darmdeel was volledig verlittekend met een lumen van slechts enkele millimeters. Ook bij histologisch onderzoek bleek het om een fibroserend proces te gaan met maar een zeer gedeeltelijk actieve ontstekingscomponent (minder dan 50%). Zoals door ons geschreven, kan bij de behandeling van darmtuberculose meestal met tuberculostatica worden volstaan; het is ons inziens een denkfout te veronderstellen dat een littekenstenose met medicamenten is op te heffen.

Een van de lessen die wij geleerd hebben is dat het endoscopische beeld van darmtuberculose sterk kan gelijken op dat van een tumor (dr. A.G.C. Bauer, internist). Helaas is de foto inderdaad (onder redactionele verantwoordelijkheid) foutief afgedrukt.

W. J. RIJNBERG  
P. R. M. HEKKING

Rotterdam, februari 1986

### *De betekenis van endocervicale cellen in het uitstrijkpreparaat en een nieuwe techniek voor het afnemen van endocervicale uitstrijken*

Trimbos et al. meldden dat de cervixborstel 'Cytobrush' voor het maken van een endocervixuitstrijkpreparaat doeltreffender is en een hogere opbrengst geeft dan de gebruikelijke wattenstok (1986; 162-5). Om de kwaliteit van de cytologische diagnostiek in de eerstelijns geneeskunde te verbeteren, zond het Leids Cytologisch en Pathologisch Laboratorium in februari 1985 tien borsteltjes naar ieder van de meer dan 500 huisartsen. Bij de eerste beoordeling in mei 1985 bleek dat zonder uitzondering de huisartsen die deze methode toepasten, een score bereikten van vrijwel 100% representatieve uitstrijkjes (uitstrijkjes met endocervicale cellen);<sup>1,2</sup> de overigen scoorden veel lager, en hadden onderling een zeer grote spreiding in percentages representatieve uitstrijken. Over een grotere hoeveelheid preparaten (september 1985) bleek de opbrengst 'positieve' (klasse IIIB en hoger) in de Cytobrush-groep significant hoger te zijn geworden. Daarnaast vonden wij naar verwachting dat de premaligne afwijkingen van het endocervixepitheel vaker werden gediagnostiseerd bij de Cytobrush-groep.<sup>3</sup>

Naar aanleiding van een vraag van Trimbos et al. of het borsteltje wel of niet routinematig dient te worden toegepast, beoordeelden wij het totale materiaal van 1985. Hierbij concentreerden wij ons op de vraag of binnen de groep van cervicale intra-epitheliale neoplasie verschillen waren in de Cytobrush- en de spatelgroep (tabel). Het verschil voor de lichte dysplasie is nihil (factor 1,11). Dit is te verwachten, aangezien de meerderheid van de lichte dysplasieën op de ectocervix is gelokaliseerd, dus met de spatel goed bereikbaar is.<sup>4</sup> De ernstigere afwijkingen

Vergelijking van preparaten verkregen met Cytobrush-en spatel (combinatie) en met alleen spatel

	<i>combinatie met Cytobrush n=7531</i>	<i>alleen spatel n=33668</i>	<i>factor</i>
lichte dysplasie*	0,97	0,87	1,11
sterk atypische reservecel- hyperplasie*	0,37	0,20	1,85
sterke dysplasie*	0,39	0,16	2,44
carcinoma in situ*	0,14	0,09	1,56

\*Bij één patiënt kan een combinatie van diagnoses voorkomen.

– sterk atypische reservecelhyperplasie, sterke dysplasie en carcinoma in situ – liggen vaker in het endocervicale kanaal.<sup>4</sup> Het is dan ook begrijpelijk dat de Cytobrush die hoger in het endocervicale kanaal reikt dan de spatel, voor deze afwijkingen een hogere opbrengst in de combinatiemethode geeft.

In het afgelopen jaar hebben wij een groot aantal (7531) Cytobrush-preparaten bekeken. Onze groep is het er unaniem over eens dat de positieve preparaten veel gemakkelijker te classificeren zijn, omdat ze zoveel afwijkende cellen bevatten. Wij menen derhalve dat, zeker wanneer de uitstrijken door verschillende artsen worden gemaakt, de Cytobrush-methode grote voordelen heeft voor de individuele patiënt (minder onnodige herhalingsuitstrijken) en voor het laboratorium (mooiere preparaten). Daarnaast is het voor de huisartsen ook veel bevredigender vrijwel alleen representatieve uitstrijken te maken. Tegen deze grote voordelen valt het extra bedrag van 55 cent voor een Cytobrush in het niet.

#### LITERATUUR

- Boon ME. De Cytobrush-methode; een middel ter verbetering van de kwaliteit van door huisartsen gemaakte cervixuitstrijken. Huisarts Wet 1985; 28: 322-4.
- Elias A, Linthorst G, Bekker B, Vooijs GP. The significance of endocervical cells in the diagnosis of cervical epithelial changes. Acta Cytol (Baltimore) 1983; 27: 225-9.
- Boon ME, Alons van Kordeelaar JJM. Consequences of the introduction of the combined spatula-Cytobrush method for cervical cytology. Acta Cytol (Baltimore) 1986. Wordt gepubliceerd.
- Burghardt E. Latest aspects of precancerous lesions in squamous and columnar epithelium of the cervix. Int J Gynaecol Obstet 1970; 8: 573-80.

M. E. BOON  
J. J. M. ALONS VAN KORDELAAR

Leiden, februari 1986

### *Een geval van listeriose in de 33e zwangerschapsweek*

Naar aanleiding van het artikel van de collegae Roex et al. (1985; 1687-90), vermelden wij de ziektegeschiedenis van twee patiënten die wij in vervolg op de reeds beschreven patiënt nu B en C noemen.

Patiënt B, 34 jaar, werd bij een zwangerschap van 31 6/7 weken naar het Academisch Ziekenhuis in Utrecht overgeplaatst wegens premature weeënactiviteit en 5 cm ontsluiting, waarvoor zij elders behandeld werd met ritodrine (Pre-Par) en betamethason. Haar eerste twee zwangerschappen waren normaal verlopen. Bij opname bleek de ontsluiting nog steeds 5 cm te zijn. Haar lichaamstemperatuur was 36,0°C. Tocolyse werd gecontinueerd. Het foetale cardiotocogram (CTG) was normaal, de basisfrequentie was 170 slagen per minuut. De weeënactiviteit nam toe en bij een ontsluiting van 8 cm werd de