

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> NACHEMSON AL. Fusion for low back pain and sciatica. *Acta Orthop Scand* 1985; 56: 285-6.
- <sup>2</sup> THOMASEN E. Intercorporal lumbar spondylodesis 312 patients followed for 2-20 years. *Acta Orthop Scand* 1985; 56: 287-93.
- <sup>3</sup> FLYNN JC, ANWARUL HOQUE M. Anterior fusion of the lumbar spine. *J Bone Joint Surg (Br)* 1979; 61-A: 1143-50.
- <sup>4</sup> KRULS HJA, HORN JR van, RENS THJG van. Resultaten van voorste intercorporele spondylodesen op lumbaal niveau bij 125 patiënten. Symposium. De lumbale wervelkolom. Groningen, 1982.
- <sup>5</sup> RENS THJG van, HORN JR van. Long-term results in lumbosacral interbody fusion for spondylolisthesis. *Acta Orthop Scand* 1982; 53: 383-92.

J. R. VAN HORN

## Verloskunde en vrouwenziekten

### *Cyste van de klier van Bartholin: aspiratie of marsupialisatie?*

Bij een cyste van Bartholin kan men trachten deze operatief in toto te verwijderen, te incideren, te aspireren of te marsupialiseren. Bij deze laatste ingreep worden na incisie van de cyste de wanden aan de huid of vaginawand gehecht. Dikwijls laat men zich bij de beslissing wat te doen, leiden naar gelang de inhoud etter of slijm is. Totale verwijdering zou de voorkeur verdienen, omdat dan de kans op recidief kleiner zou zijn, terwijl men bij een actief ontstekingsproces liefst zo weinig mogelijk in het wondgebied manipuleert. Cheetham behandelde 34 vrouwen met een 'bartholinitis', van wie twee derde een abces had en een derde een cyste, uitsluitend met aspiratie van de cyste-inhoud, waarna deze werd gekweekt.<sup>1</sup> Indien etter bij de aspiratie was verkregen, werden metronidazol en penicilline voorgeschreven. Indien slijm werd opgezogen, werden geen antibiotica gegeven. Op deze wijze kon bij 85% genezing worden verkregen. In 5 gevallen (3 abscessen en 2 cysten) was dit niet zo en moest alsnog tot marsupialisatie worden overgegaan.

Vroeger dacht men dat een ontstoken klier van Bartholin meestal berustte op een afsluiten van de afvoergang door een gonorrhoeïsche infectie; de laatste decennia is men hiervan teruggekomen. Uit de kweken van de 21 aspiraten uit de met etter gevulde holtten werden niettemin uit 11 *Neisseria gonorrhoeae* gekweekt! De auteur wijst er dan ook op dat kweken van het aspiraats beslist niet mag worden nagelaten, omdat ondanks adequate antibiotische behandeling ook de partner meebehandeld dient te worden.

De schrijver besluit met de opmerking dat in de jaren dertig

werd onderwezen: 'to assume that each case, more likely than not, was the result of a venereal infection. Are sexual habits today so markedly different?'

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> CHEETHAM DR. Bartholin's cyst: Marsupialization or aspiration? *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 569-70.

P. G. HART

## Huid- en geslachtsziekten

### *Droog en vet haar*

Haar bestaat uit drie lagen. In het centrum van een haar bevindt zich het merg dat door zijn pigment de kleur van het haar bepaalt. Daaromheen ligt de cortex, bestaande uit dichtopeengeplakte hoornvezels, die de stevigheid, dikte en vorm van het haar bepalen. De buitenkant wordt gevormd door de cuticula, een dunne laag van concentrisch gelegen hoorncellen die dakpansgewijs over elkaar heen liggen. Zij beschermen de onderliggende laag tegen rafelen en klitten. Als de cuticula wordt beschadigd, bijvoorbeeld door te veel kammen en borstelen, gaat de glans verloren en slijt de schors waardoor bij lang en vooral droog haar aan de uiteinden de bekende 'dode punten' ontstaan. Om het haar te laten glanzen en minder te laten klitten kan men een crèmespoeling gebruiken. Crèmespoelingen of 'conditioners' bevatten positief geladen polymeren die zich gemakkelijk hechten aan de negatief geladen beschadigde haren. Het meest in zwang zijn polyvinylpyrrolidon, quaternaire ammoniumverbindingen en gehydrolyseerde dierlijke eiwitten.<sup>1</sup>

Vet haar moet men er niet mee behandelen. Dat wordt met crèmespoelingen eerder vies omdat stofdeeltjes zich gemakkelijker aan de filmlaag hechten. Vet haar kan het beste zo vaak als nodig is met een milde, niet te sterk ontvettende shampoo worden gewassen. Zelfs als het haar elke dag wordt gewassen, neemt de talgproductie niet toe.<sup>2</sup> Ten onrechte meent men dat schuimproductie nodig is voor goede reiniging. Het meeste vet is al bij de eerste wasbeurt verwijderd. Een tweede wasbeurt is niet nodig.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> NATOW AJ. Hair condition and hair body. *Cutis* 1985; 380-3.
- <sup>2</sup> POLANO MK. Huidverzorging en huidziekten. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum, 1984.

J. J. E. VAN EVERDINGEN

## 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)

### *Is resectie zinvol bij patiënten die een cardiacarcinoom met lymfekliermetastasen hebben?*

'Welke maatstaf moet aangelegd worden voor een cardiacarsectie bij een cardiacarcinoom?'. In het artikel van Van der Mijle et al. (1986; 578-81) wordt de overlevingsduur na operatie als maatstaf gehanteerd bij de indicatiestelling voor een cardiacarsectie bij het adenocarcinoom in het oesophaguscardiagebied. Hierbij wordt gesteld dat gezien de slechte overlevingskansen van de patiënten met N<sub>1</sub>-tumoren er geen plaats is voor resecties bij N<sub>2</sub>-tumoren. De vraag is of de indicatie voor resectie wel

gesteld moet worden op de overlevingskansen. Mijns inziens is de kwaliteit van het leven primair in elke vorm van carcinoomchirurgie. Wanneer ernstige voedselpassagebelemmering bestaat, is er een indicatie voor resectie, ook al is de overlevingsduur slechts kort.

Ik meen dus dat wanneer het tumorproces lokaal te reseceren is, het steeds verwijderd moet worden. Ook patiënten met N<sub>2</sub>-tumoren kunnen dan nog een periode leven met goede voedselpassage. Bij voorkeur verrichten wij dan een radicale resectie met een reconstructie met een maagbuis retrosternaal en een anastomose in het halsgebied. Bij naadlekage is er dan

minder kans op dodelijke afloop. Onze techniek is uitvoerig in het proefschrift van J. Plukker (Amsterdam 1985) beschreven. Bij lokaal niet te resecceren tumoren is de zogenaamde bypasschirurgie niet geïndiceerd en zal palliatie gezocht moeten worden in het plaatsen van een endoprothese.

H. J. M. JOOSTEN

Nijmegen, maart 1986

De reactie van collega Joosten raakt het hart van de problematiek betreffende de patiënten met een cardiacarcinoom die slechts voor palliatieve therapie in aanmerking komen. Wat is echter goede palliatieve therapie? Wij zijn het geheel met collega Joosten eens dat de kwaliteit van het leven in de regel primair dient te staan. Maar wordt dat bij deze categorie van patiënten bereikt met een zeer grote operatie, die zowel voor patiënt als behandelend personeel een grote belasting is, terwijl blijkens het proefschrift van Plukker ook nog een sterfte van 17% verdisconteerd moet worden? Heeft collega Joosten betrouwbare gegevens over de kwaliteit van overleven na dergelijke, palliatief bedoelde operaties?

Uit een onderzoek dat wij indertijd deden, kwamen zeer teleurstellende gegevens te voorschijn.<sup>1</sup> Wij menen dat gewoonlijk, uitzonderingen daar gelaten, palliatief bedoelde therapieën op een zo eenvoudig mogelijke wijze moeten geschieden. Voor de bedoelde categorie van patiënten zijn onzes inziens in de regel endoscopische intubatie, radiotherapie of zelfs abstinieren minder ingrijpende en minder slechte oplossingen.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Oldhoff J, Veldhuis EFM. Some thoughts about the treatment of patients suffering from cancer of the esophagus or cardia. Arch Chir Neerl 1976; 28: 79-84.

H. VAN DER MIJLE

Groningen, april 1986

R. C. J. VERSCHUEREN

W. JANSEN

J. OLDHOFF

### *Het onderzoek van patiënten met een onbekende primaire tumor*

Het wel heel summiere onderzoekschema bij een patiënt met een onbekende tumor zoals aanbevolen door de collegae Kieft, Leer en Kroon (1986; 243-5) dwingt ons tot de volgende reactie. Het voorgestelde onderzoekschema suggereert immers dat de eerstvolgende stap na anamnese en het routinematig lichame-lijk, bloedmorfologisch en bloedchemisch onderzoek biopsie van de lymfekliermetastase is.

Namens de Tumorwerkgroep Hoofd-Halstumoren van het Academisch Ziekenhuis Utrecht willen wij echter bezwaar aantekenen tegen een dergelijke handelwijze indien het een lymfekliermetastase in de hals betreft. Het verwijderen van een lymfekliermetastase uit de hals nog vóórdat een cytologische punctie en een uitvoerig, eventueel in narcose uitgevoerd, keel-,

neus- en oorheelkundig onderzoek hebben plaatsgevonden, dient aangemerkt te worden als een duidelijke beoordelingsfout. Het voortijdig verwijderen van een lymfekliermetastase in de hals maakte het immers onmogelijk de tumormetastase en de, nog te vinden, primaire tumor in een tempo te behandelen. De ingreep heeft tevens invloed op de lymfestroom in de hals, met als gevolg een bizar en een onvoorstelbaar metastaseringspatroon. Tevens dient de ingreep, zeker als er kapselruptuur bestaat (in 60% van de gevallen bij een klier van 2 cm is dit het geval) beschouwd te worden als een oncologisch niet-afdoende ingreep. De incidentie van hematogene metastasen en regionale recidieven lijkt bij de patiëntengroep met een 'te vroege' lymfeklierbiopsie dan ook duidelijk hoger te zijn.<sup>1</sup> Een wat meer genuanceerd beleid ten aanzien van een halskliermetastase van een nog onbekende primaire tumor lijkt ons daarom zeker geïndiceerd.<sup>2</sup>

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> McGuirt WF, McCabe BF. Significance of node biopsy before definitive treatment of cervical metastatic carcinoma. Laryngoscope 1978; 88: 594-7.

- <sup>2</sup> Hordijk GJ. Een klier in de hals. In: Es JC van, et al., red. Het Medisch Jaar 1985. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1985: 260-77.

G. J. HORDIJK

Utrecht, maart 1986

L. A. RAVASZ

De opmerkingen van de collegae Hordijk en Ravasz naar aanleiding van onze bijdrage over de analyse van een patiënt met een onbekende primaire tumor zijn zeer waardevol en in de beschreven procedure voor patiënten bij wie een tumor in het KNO-gebied wordt vermoed, kunnen wij ons alleszins vinden.

Wij hebben in onze bijdrage geen algemene richtlijn gegeven voor een oncologische analyse. Wij beperkten ons nadrukkelijk tot patiënten bij wie de primaire tumor onbekend gebleven is, nadat onderzoek, met inachtneming van oncologische principes, niets heeft opgeleverd. Dit onderzoek omvat onder andere lichame-lijk onderzoek en niet slechts routinematig lichame-lijk onderzoek, omdat het eerste gericht diepgaand onderzoek (eventueel in narcose) niet uitsluit en het tweede wel.

Wanneer de lokalisatie van een lymfekliermetastase een primaire tumor suggereert in het KNO-gebied, zal men terecht in eerste instantie naar die tumor zoeken. Problemen ontstaan echter wanneer er niets gevonden wordt, wanneer veronderstelde primaire tumoren niet aantoonbaar zijn. Eenmaal in die situatie aangeland, lijkt het ons juist dat men niet overgaat tot ondoelmatig, veel en kostbaar radiodiagnostisch onderzoek, maar dat men zich naar aanleiding van de uitslag van pathologisch-anatomisch onderzoek beperkt tot het zoeken naar tumoren waarvoor een zinvolle behandeling bestaat.

H. M. KROON

Leiden, april 1986

G. J. KIEFT

J. W. H. LEER

## Boekaankondigingen

*Thrombose; diagnostiek, preventie en behandeling anno 1984.* Verslag 4e Amstol symposium, Amsterdam, september 1984. Onder redactie van J.W.ten Cate. 138 bl., fig., tabellen. Stichting Amstol, Amsterdam 1985. Prijs: ingen. f 25,-.

P.E.S.Palmer, *Manual of darkroom technique.* WHO basic radiological system. 25 bl., fig., tabellen. World Health Organization, Genève 1985 (voor Nederland: Medical Books Europe, Lochem). Prijs: ingen. Zw.fr. 8,-.