

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.¹ 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

- ¹ 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

R. C. J. VERSCHUEREN

W. JANSEN

J. OLDOFF

Groningen, april 1986

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.¹ Een wat meer genuanceerd beleid ten aanzien van een halskliermetastase van een nog onbekende primaire tumor lijkt ons daarom zeker geïndiceerd.²

LITERATUUR

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

- ² 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

L. A. RAVASZ

Utrecht, maart 1986

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

G. J. KIEFT

J. W. H. LEER

Leiden, april 1986

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,-.