

Hoewel de auteurs wijzen op het belang van een zo radicaal mogelijke behandeling van de primaire tumor, valt het te betreuren dat zij geen percentages geven van lokale en (of) regionale recidieven na de primaire therapie. Was deze primaire behandeling voor de gehele patiëntengroep (ook van de van elders verwezen patiënten na eerdere operatie) steeds gelijk? Hoe was in het algemeen het beleid bij bewezen halskliermetastasen? Het ontbreken van deze gegevens beperkt de waarde van deze fraai bewerkte patiëntenserie. Overigens gaven Bacourt et al. een overzicht van verschillende andere onderzoeken die eveneens een multivariant analyse geven van patiënten met een schildkliercarcinoom.<sup>1</sup> Hoewel moeilijk te realiseren, lijkt een prospectief opgezet onderzoek, waarbij ook de aard van de chirurgische therapie wordt betrokken, van belang.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Bacourt F, Asselain B, Savoie JC, et al. Multifactorial study of prognostic factors in differentiated thyroid carcinoma and a re-evaluation of the importance of age. Br J Surg 1986; 73: 274-7.

R. P. A. BOOM

Amstelveen, april 1986

Bij de beoordeling van de doelmatigheid van een behandelingswijze wordt in de oncologie gebruik gemaakt van de 'response rate', de duur tot progressie van de tumor, en van de overleving. Sommige collegae hechten voornamelijk waarde aan het effect op de overlevingsduur als de meest objectieve maatstaf. Een toename van het percentage 'responders' betekent niet altijd een duidelijke stijging van de 'overall survival' van een groep patiënten. Wij zijn het echter met collega Boom eens dat een zo groot mogelijke verkleining van de hoeveelheid aanwezige tumor van belang is, omdat dit een verbetering van de kwaliteit van leven kan betekenen. Een residu of een recidief van een tumor kan een patiënt inderdaad veel last veroorzaken. Zo is het verwijderen van aangetaste lymfeklieren niet alleen van belang vanuit het oogpunt van eventuele curatie, maar ook als palliatie. Overigens moet bij keuze van therapie ook de kans op de complicaties in beschouwing worden genomen, omdat ook deze de kwaliteit van leven bepalen.

Wij hebben behandelingsresultaten achterwege gelaten aangezien het artikel anders te omvangrijk zou zijn geworden. Wij hebben ons beperkt tot beschrijving van de prognose van subgroepen van patiënten met schildkliercarcinoom en tot evaluatie van prognostische factoren. Dit hebben wij niet alleen gedaan op grond van de overlevingsduur, maar ook aan de hand van lokaal recidief (zie tabel 2). Naast de histologie is het klinisch stadium, opgenomen in onze prognostische score, bij de keuze van therapie van belang, zoals gesteld in het door Boom aangehaalde artikel van Bacourt et al. In tegenstelling tot ons vonden deze auteurs geen verschil in prognose tussen patiënten met papillair en folliculair carcinoom, terwijl het geslacht wel een prognostische waarde bleek te hebben.

Ons onderzoek was er niet in de eerste plaats op gericht om resultaten van behandeling te beoordelen aangezien dit moeilijk is in een retrospectief onderzoek; bovendien zijn de operaties in diverse ziekenhuizen door verschillende chirurgen uitgevoerd. Gedetailleerde behandelingsadviezen kunnen dan ook op grond van ons onderzoek niet gegeven worden – er kunnen slechts algemene conclusies worden getrokken. In zijn algemeenheid zal men bij patiënten met een slechte prognostische score, zoals door ons opgesteld, en bij ingroei van tumorweefsel in de vaten, meer geneigd zijn tot een agressievere aanpak, bijvoorbeeld door combinatie van chirurgie, radiotherapie en chemotherapie. Het zal duidelijk zijn dat een patiënt met een gemetastaseerd anaplastisch carcinoom of een groot primair infiltrerend folliculair carcinoom een andere therapeutische benadering

behoeft dan een patiënt bij wie door toeval een klein papillair carcinoom van een halve cm is vastgesteld. Gezien de matige doeltreffendheid van radiotherapie en chemotherapie enerzijds en de soms relatief lange overleving anderzijds, blijft de chirurgische behandeling van patiënten met schildkliercarcinoom een belangrijke plaats innemen; zelfs bij metastasering, zoals gesteld in ons artikel. Wij zijn het met collega Boom eens dat prospectief gerandomiseerd onderzoek naar de doelmatigheid van diverse vormen van therapie bij verschillende categorieën van patiënten is gewenst. Het is echter ook onze ervaring dat dit moeilijk is te realiseren wegens het relatief zeldzaam voorkomen van schildkliercarcinoom, de noodzakelijke langdurige follow-up, en de verschillen in beleid tussen de diverse centra.

A. C. M. ROMME

Rotterdam, mei 1986

W. L. J. VAN PUTTEN

J. ALEXIEVA-FIGUSCH

J. G. M. KLIJN

### *De extra-intracraniale overlooperoperatie; resultaten van een internationaal gerandomiseerd onderzoek*

Het artikel van de collegae J.Th.J. Tans en C.A.F. Tulleken (1986; 670-2) geeft mij aanleiding tot de volgende opmerking. De discrepantie tussen de resultaten van het internationale onderzoek als geheel en die van de Haagse bijdrage hieraan wordt door de auteurs toegeschreven aan het toeval, als gevolg van het kleine aantal patiënten. Deze stelling kan statistisch worden getoetst. Aannemende dat van de Haagse subpopulatie de operatie- en de controlegroep ongeveer even groot zijn geweest, heeft de bevinding dat van de 7 sterfgevallen er 5 in de controlegroep en 2 in de chirurgische groep plaatsvonden een redelijke kans van voorkomen (ca. 25%) indien wordt uitgegaan van gelijke kansen voor beide groepen. Bij dezelfde premisses is echter de bevinding dat de 7 herseninfarcten uitsluitend in de controlegroep plaatsvonden onwaarschijnlijk (kans ca. 1%) en de bevinding dat van 139 gevallen van ischemie met voorbijgaande verschijnselen er 137 in de controlegroep plaatsvonden volstrekt onverklaarbaar.

Indien de onderzoeksopzet inderdaad boven alle twijfel verheven is, blijft als enige verklaring voor de bevindingen over, dat de Haagse patiëntenpopulatie anders is samengesteld dan de totale populatie. Dit kan worden verklaard door al dan niet bewuste selectie (bijv. indicatiestelling) of door aan te nemen dat de Haagse (Nederlandse?) kandidaat al bij voorbaat geschikter is voor deze operatie dan de gemiddelde internationale kandidaat.

Het lijkt dus zinvol, ondanks het vernietigende resultaat van het onderzoek als geheel, aanvullend onderzoek te verrichten naar de Haagse subpopulatie teneinde de door de auteurs genoemde 'verborgen' groep met ischemische stoornissen op hemodynamische basis, bij wie de extra-intracraniale overlooperoperatie wél effect heeft gehad, nader te identificeren.

H. G. DE BRUIN

Hoofddorp, april 1986

Het commentaar van collega De Bruin geeft ons aanleiding tot de volgende opmerkingen. Wanneer de klinische en radiologische afwijkingen van de patiënten van het Westeinde Ziekenhuis worden vergeleken met die van de totale populatie blijkt dat beide groepen zich niet van elkaar onderscheiden. Ook geeft het aantal eindpunten bij onze 31 patiënten geen aanleiding om te veronderstellen dat onze subpopulatie verschillen toonde met de totale populatie. Er heeft een strikt randomisatieproces

plaatsgevonden en de kans op een herseninfarct was derhalve in de medicamenteuze en de chirurgische groep gelijk. In het Westeinde Ziekenhuis zijn echter slechts 13 patiënten geopeerd, terwijl 18 patiënten medicamenteuze therapie ontvingen. Ter verdere informatie dient te worden gezegd dat de 13 ischemieën met voorbijgaande verschijnselen (TIA's) voorkwamen bij 3 patiënten uit de medicamenteuze groep en dat 1 chirurgische patiënt 2 TIA's had.

Wij menen dat men bij statistische toetsing in dit geval het beste kan uitgaan van het aantal patiënten dat een eindpunt had en niet van het aantal eindpunten. Voor herseninfarcten, doden en TIA's vinden wij dan p-waarden van resp. 0,10, 0,72 en 0,87 (Fisher-toets). Deze vallen alle ruim binnen de toevalsvariatie.

In ons commentaar hebben we de nadruk willen leggen op de belangwekkende resultaten van de 'cooperative study of extracranial-intracranial arterial anastomosis' en niet te veel aandacht willen besteden aan onze eigen patiënten. Wij geven gaarne toe dat de door ons verstrekte gegevens ontoereikend waren voor statistische toetsing. Bovendien werden door de woordkeuze de verschillen tussen de patiënten van het Westeinde Ziekenhuis en de totale populatie misschien wat te veel geaccentueerd. Wij stellen het op prijs dat collega De Bruin ons in de gelegenheid stelt dit nu te verduidelijken. Overigens blijft een feit dat de resultaten in het Westeinde Ziekenhuis en enkele andere centra er in gunstige zin uitsprongen. Wij willen daar echter geen conclusies aan verbinden.

J. TH. J. TANS  
C. A. F. TULLEKEN

's-Gravenhage, mei 1986

### De 'warning leak'

Graag wil ik bij de klinische les van professor Beks betreffende de 'warning leak'/subarachnoïdale bloeding (1986; 761-2) een enkele kritische kanttekening plaatsen. Professor Beks noemt het belangrijk de symptomen van de 'warning leak' te onderkennen; dat is, gezien de mogelijke gevolgen, natuurlijk relevant.

Het lijkt me echter zinloos een huisarts erop te wijzen bij iedere patiënt met een 'minder hevige, plotselinge hoofdpijnaanval zonder neurologische verschijnselen, waarbij meestal wel medische hulp wordt gezocht' – zo zijn omschrijving van 'warning leak' – aan een mogelijke kleine arachnoïdale bloeding te denken, en dus de patiënt gericht door te verwijzen (lumbaalpunctie? CT-scan?). Want stel, dat je aan deze mogelijkheid denkt, en een dergelijke diagnose overweegt, dan moet je er wat aan doen. Mijns inziens zijn echter de door prof. Beks beschreven symptomen van een 'warning leak' toepasbaar op vele soorten hoofdpijn. Ook in zijn twee ziektegeschiedenissen laat hij de betreffende huisartsen beslist acceptabele 'diagnosen' – nekpijn door plafond witten/migraine – aanvoeren.

Dus vraag ik mij af, wat heb ik als huisarts aan deze klinische les, gedachtig aan al die voorbijtrekkende hoofdpijnpatiënten. Wegen alle kosten, moeite, spanning etc. van het doorverwijzen op grond van mijns inziens vage symptomen, en een vage diagnose op tegen een enkele positieve uitslag? Goed, ik zal er nu zeker eerder aan denken, en misschien mensen, meestal voor niets, doorsturen. Is het dat waard?

J. G. TIEMENS

Utrecht, april 1986

Ik ben het vanzelfsprekend met u eens dat niet elke patiënt met een plotselinge aanval van hoofdpijn naar een neuroloog of neurochirurg voor verder onderzoek kan worden doorverwezen. De door mij beschreven zeer plotselinge en zeer heftige aanvallen van hoofdpijn onderscheiden zich echter toch tot op zekere hoogte van hoofdpijnaanvallen die de aan u voorbijtrekkende hoofdpijnpatiënten vertonen, alhoewel ik gaarne toegeef dat de keuze van doorverwijzing moeilijk en subjectief is. Men dient zich echter te realiseren dat bij obducties is gebleken dat ongeveer 1% van de mensen een sacculair aneurysma heeft en dat per jaar 10 subarachnoïdale bloedingen per 100.000 mensen optreden.

J. W. F. BEKS

Groningen, mei 1986

## Mededelingen en bekendmakingen

### Sandoz-prijs voor gerontologisch onderzoek

Deze prijs, groot 20.000 Zwitserse francs, wordt uitgelooft door Sandoz Ltd. te Bazel, Zwitserland, ter aanmoediging van onderzoek op alle gebieden van de gerontologie en geriatrie met inbegrip van biologische, medische, psychologische, sociale en andere aspecten, en met een speciale nadruk op multidisciplinaire projecten. De jury bestaat uit het Uitvoerend Comité van de International Association of Gerontology (IAG). De prijs wordt uitgereikt op het eerste Europese Congres van de IAG in september 1987 te Brighton (U.K.).

Inzendingen ter mededinging dienen in het Engels te zijn gesteld en te omvatten: een samenvatting van het onderzoek, groot 3-5 pagina's, curriculum vitae, literatuuropgave en overdrukken van ten hoogste drie sleutelpublikaties, in het Engels of met uitvoerige samenvattingen in het Engels. Personen, research-teams en instituten worden uitgenodigd hun aanvragen, in het Engels, vóór 31 oktober 1986 te richten aan prof. M. Bergener, M.D., International Association of Gerontology, Rheinische Landesklinik, Wilhelm-Griesinger-Strasse 23, D-5000 Köln 91, Bondsrepubliek Duitsland.

## Boekaankondigingen

C. Lehnert-Schroth, *Dreidimensionale Skoliose-Behandlung*. Eine krankengymnastische Spezialmethode zur Verbesserung von Rückgratverkrümmungen. Atmungs-Orthopädie System Schroth. 3e, uitgebreide druk. 301 bl., fig., tabellen. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart 1986. Prijs: geb. DM. 54,-.

*Biomechanics of normal and pathological human articulating joints*. Onder redactie van N. Berme, A.E. Engin en K.M. Correia da Silva (NATO advanced science institutes series E: applied sciences, nr. 93.) 376 bl., fig., tabellen. Martinus Nijhoff, Dordrecht 1985. Prijs: geb. f 150,-.