

beter aangepaste medische hulp aan somatiserende patiënten.

LITERATUUR

- 1 Grol R. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.
- 2 Task Force on Nomenclature and Statistics. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.
- 3 Robins LN, Helzer JE, Weissman MM, et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 1984; 41: 949-58.

- 4 Huygen FJA, Hoogen HJM van den, Logt ATH van de, Smits AJA. Nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1321-5; ibid 1372-6.
- 5 Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms; their characteristics, functional health and health care utilization. Arch Intern Med 1986; 146: 69-72.
- 6 Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC. Psychiatry consultation in somatization disorder, a randomized controlled study. N Engl J Med 1986; 314: 1407-13.

F. J. A. HUYGEN

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)

Calcium entry blockers en angiotensin convertende enzymremmers bij de behandeling wegens hoge bloeddruk

Professor Koster geeft naar onze mening een correct overzicht van de huidige kennis van de voor- en nadelen van de nieuwe klassen van antihypertensiva (1986; 1509-13). Over één opmerking in het artikel verschillen wij echter met hem van mening. Op bl. 1512 wordt o.a. vermeld: '... andere juist iets meer (albuminurie, hoofdpijn en vermoeidheid)', met als referentie Edwards et al. (Lancet 1985; i: 30-4), zonder echter melding te maken van het commentaar van Currie en Cooper (Lancet 1985; i: 580-1). De bron van het artikel van Edwards is een publikatie van Stumpe et al. (Therapie Woche 1984; 34: 3290-8). Er is fundamentele kritiek te leveren op de wijze waarop Stumpe et al. de gegevens van enalapril en captopril met elkaar vergeleken hebben. Indien de captopril-criteria gehanteerd worden voor de beoordeling van enalapril-gegevens, dan is in de klinische studies met enalapril tot nu toe geen enkel geval van proteïnurie gemeld, zelfs niet bij patiënten met nierinsufficiëntie of collageenziekten. Nefrotisch syndroom en membraneuze glomerulopathie zijn tot nu toe ook nooit in samenhang met enalapril gerapporteerd.

R. J. BERGMANS
C. N. VERBOOM

Haarlem, september 1986

Ik dank de collegae Bergmans en Verboom voor hun aanvullende opmerking. Aangezien enalapril echter pas kort in gebruik is, lijkt het juist gesignaleerde bijwerkingen te vermelden, hoe laag de frequentie op dit moment ook moge zijn.

M. KOSTER

Amsterdam, september 1986

Invloed van het staken van het periodieke röntgenologische bevolkingsonderzoek op longtuberculose op morbiditeit en sterfte van in het ziekenhuis wegens bronchuscarcinoom opgenomen patiënten

Het artikel van Kraan et al. brengt de controverse over al of niet screenen op longcarcinoom opnieuw voor het voetlicht (1986; 1281-4). Hun conclusie dat de gegevens een pleidooi vormen voor het opzetten van prospectief bevolkingsonderzoek op longkanker lijkt echter enigszins voorbarig.

Allereerst dient te worden opgemerkt dat de resultaten uit Amerika niet betrekking hebben op screenen, maar alleen op de gevallen ontdekt bij de eerste ronde.¹² In een recent artikel, geschreven na afloop van het project, schrijft Fontana: 'there has been no significant difference in total mortality or lung cancer mortality between the 4-monthly group and the control group'.³ Dit geldt niet alleen voor de Mayo Clinics, ook voor twee andere screeningsprojecten. Het is – en daarover is iedereen het eens – uiteindelijk een verschil in sterfte dat de doelmatigheid van een screeningsprogramma bepaalt. Het is bekend dat dit 'NCI-Cooperative Early Lung Cancer Detection Program' een miljoenen dollars verslindend project is. Het lijkt niet echt zinvol om een grootschalig onderzoek op te zetten in Nederland, als (vooral nog in ieder geval) blijkt dat andere goede studies daar geen aanleiding toe geven of, met andere woorden 'now is not the time to recommend large-scale radiologic or cytologic programs of screening for lung cancer'.³

Waarom lijken de Groningse resultaten dan zo gunstig? Eén mogelijke verklaring is dat helaas in de werkelijke wereld er ook patiënten zijn die een kleincellig longcarcinoom hebben. Het weglaten van dit soort patiënten uit de analyse introduceert vanzelfsprekend een positieve 'bias'. Anderszins is het zo dat figuur 2 in zoverre misleidend is, dat daarin 23 patiënten bij wie de diagnose een 'toevalstreffer' was, worden vergeleken met 77 patiënten bij wie de diagnose op grond van klachten was gesteld. Uit tabel 1 echter blijkt dat 7 van die 23 patiënten uit de 'post-screening'-groep afkomstig zijn. Wederom wordt een positieve bias geïntroduceerd, hetgeen ook blijkt uit het niet-significante verschil in overleving tussen groep I en groep II. Al met al tonen de resultaten in het geheel niet aan dat van screening op longkanker een gunstig effect is te verwachten. Het lijkt dan ook aangewezen om de definitieve resultaten van het NCI-project af te wachten, alvorens in Nederland stappen te ondernemen.

LITERATUUR

- 1 Flehering BJ, Melamed MR, Zaman MB, et al. Early lung cancer detection: results of the initial (prevalence) radiologic and cytologic screening in the Memorial-Sloan Kettering study. Am Rev Respir Dis 1984; 130: 555-60.
- 2 Fontana RS, Sanderson DR, Taylor WF, et al. Early lung cancer detection: results of the initial (prevalence) radiologic and cytologic screening in the Mayo Clinic study. Am Rev Respir Dis 1984; 130: 561-5.
- 3 Fontana RS. Screening for lung cancer. In: Miller AB, ed. Screening for cancer. New York: Academic Press, 1985: 377-5.

J. BERKEL

Utrecht, juli 1986

Kraan et al., concluderen dat het wegvallen van het bevolkingsonderzoek op tuberculose leidde tot een verandering in morbiditeit en sterfte in de patiëntengroep zoals de longarts die uiteindelijk ziet (1986; 1581-4). Er waren meer patiënten met een vergevorderd stadium van het bronchuscarcinoom en minder operabele patiënten, wat leidde tot een slechtere prognose. Kraan et al. veronderstellen dat een verbetering van de 5-jaarsoverlevingskans leidt tot een groter aantal genezen patiënten. Het is echter maar zeer de vraag of deze veronderstelling juist is. Uit het 'Early Lung Cancer Detection Program' uit de Verenigde Staten, een groots opgezet prospectief onderzoek waaraan ook door Kraan et al. gerefereerd wordt, blijkt dat de 5-jaarsoverleving van de gescreende groep aanzienlijk beter is.¹⁻³ De besprekers van deze studie zijn echter heel voorzichtig met betrekking tot de interpretatie van een aanzienlijk betere 5-jaarsoverleving: 'However great caution must be exercised before the comparison is interpreted as indicating that screening has an impact on mortality from lung cancer'.⁴

Onlangs werden de sterftcijfers gepresenteerd van het Mayo Lung Project – een van de drie klinische studies uit het Early Lung Cancer Detection Program –, na een onderzoeksperiode van 12 jaar.⁵ Hoewel de 5-jaarsoverleving van patiënten met bronchuscarcinoom in de gescreende groep aanzienlijk beter was dan in de controlegroep, resp. 30% en 15%, bleek de sterfte in beide groepen nagenoeg gelijk te zijn: 3,2/1000/jaar in de gescreende groep tegen 3/1000/jaar in de controlegroep.

Habbema et al. noemden al twee belangrijke redenen waarom uit overlevingscijfers geen directe conclusies over sterftereductie getrokken mogen worden.⁶

1. Patiënten worden opgespoord op een vroeger tijdstip in het natuurlijk beloop van de ziekte. Dit tijdsverschil geeft een gunstige vertekening van de 5-jaarsoverleving.

2. Bij screening ontdekt men vooral de langzaam groeiende tumoren. De snel groeiende tumoren zullen vooral 'tussen de screenings door' manifest worden, waardoor juist de tumoren met de slechtere prognose bij het bevolkingsonderzoek gemist worden.

In de samenvatting en conclusies van het Early Lung Cancer Detection Program wordt ook nog een derde reden genoemd: bij screening worden mensen met een bronchuscarcinoom ontdekt en geopereerd die in een niet-gescreende onderzoeksgroep niet geopereerd kunnen worden, omdat ze daarvoor al aan een andere aandoening zijn overleden.⁴

Om de waarde van een systematisch periodiek onderzoek op bronchuscarcinoom te kunnen toetsen, mogen er naar onze mening dan ook alleen conclusies getrokken worden uit sterftcijfers, aangezien tot dusverre niet aangetoond kon worden dat een betere 5-jaarsoverleving ook leidt tot een lagere sterfte.

LITERATUUR

- 1 Frost JK, Ball WC, Levin ML, et al. Early lung cancer detection; results of the initial (prevalence) radiologic and cytologic screening in the Johns Hopkins study. *Am Rev Respir Dis* 1984; 130: 549-54.
- 2 Flehering BJ, Melamed MR, Zaman MB, et al. Early lung cancer detection: results of the initial (prevalence) radiologic and cytologic screening in the Memorial Sloan-Kettering study. *Am Rev Respir Dis* 1984; 130: 555-60.
- 3 Fontana RS, Sanderson DR, Taylor WF, et al. Early lung cancer detection: results of the initial (prevalence) radiologic and cytologic screening in the Mayo Clinic study. *Am Rev Respir Dis* 1984; 130: 561-5.
- 4 Anonymus. Early lung cancer detection; summary and conclusions. *Am Rev Respir Dis* 1984; 130: 565-70.
- 5 Sanderson DR. Lung cancer screening: the Mayo study. *Proceedings of the fourth world conference on lung cancer*. Toronto, 1985: 58.
- 6 Habbema JDF, Lubbe JThN, Maas PJ van der, Oortmarsen GJ van, Putten DJ van. Periodiek röntgenonderzoek en 5-jaarsoverleving van patiënten geopereerd wegens bronchuscarcinoom (Ingezonden). *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 685-7.

W. F. M. STRANKINGA
H. N. A. BELDERBOS

Amsterdam, juli 1986

Kraan et al. hebben de relatie nagegaan tussen bevolkingsonderzoek en overleving bij longkanker (1986; 1281-4). Zij vonden een hoger resectiepercentage en betere overlevingscijfers ten tijde van het bevolkingsonderzoek. Vergelijkbare cijfers zijn al vaak gepubliceerd, o.a. in dit tijdschrift door Franken et al.¹ Daarop volgde toen een uitvoerige discussie, waaraan o.a. ondergetekenden deelnamen.² Daarbij werd gewezen op de moeilijkheden bij de interpretatie van dit type en op deze manier gepresenteerde cijfers betreffende de overleving van door screening gevonden patiënten. Dit wordt veroorzaakt door een groot aantal vertekeningen, met name 'lead-time bias', 'length-biased sampling', 'overdiagnosis bias', en 'patient self-selection bias', die een geflatteerd beeld ten gunste van bevolkingsonderzoek veroorzaken.² Op basis van overlevingscijfers alleen kunnen dus geen conclusies worden getrokken over een eventuele gunstige invloed van bevolkingsonderzoek op de sterfte aan longkanker.

Het belangrijkste onderzoek waaruit dit soort conclusies wel is te trekken is dat van de Mayo Clinics. De resultaten zijn – tot op heden – helaas niet gunstig.³ In het bijzonder is de sterfte aan longkanker gelijk in onderzoek- en controlegroep. De overlevingscurven van het onderzoek van Mayo Clinics zijn echter wel in overeenstemming met de door Kraan et al. gerapporteerde cijfers. Dus, doorredenerend, zullen de cijfers van Kraan et al. ook op langere termijn in overeenstemming zijn met het resultaat van de Mayo Clinics study: geen gunstig effect van bevolkingsonderzoek op de sterfte. Hierbij moet worden bedacht dat er wel sprake is van een belangrijk ongunstig effect, nl. dat méér mensen langer als longkankerpatiënt door het leven gaan.

De resultaten van Kraan et al. geven als zodanig dus geen aanleiding om in Nederland een onderzoek naar vroeger opsporing van longkanker te starten. Toch zijn er ons inziens wel redenen te geven waarom een studie overwogen zou kunnen worden. De voornaamste is dat longkanker een belangrijke doodsoorzaak is en het de vraag is of het verstandig is om tot in lengte van dagen te blijven varen op de resultaten van één gerandomiseerd onderzoek van relatief kleine omvang, dat voornamelijk aan het eind van de jaren 70 in de V.S. is uitgevoerd. Immers, een reductie van 5 à 10% in longkankersterfte zou wellicht al een aanvaardbaar resultaat voor bevolkingsonderzoek zijn, en een dergelijk effect is op grond van de Mayo Clinics study niet per se uit te sluiten. Een nieuw onderzoek zal echter kostbaar zijn, en is alleen te verantwoorden bij een zeer goede opzet (het zou zeker gerandomiseerd moeten zijn), uitvoering en analyse. Internationale samenwerking zou daarbij serieus overwogen moeten worden. Maar, het zij nogmaals vastgesteld, de evidentie wijst tot dusverre helaas in de verkeerde richting, dus de kansen op een gunstig resultaat van een nieuwe trial moeten niet al te hoog aangeslagen worden. Doen, of niet?

LITERATUUR

- 1 Fränken C, Ligtvoet EEJ, Dijkman JJ. Periodiek röntgenonderzoek en 5-jaarsoverleving van patiënten geopereerd wegens longcarcinoom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 93-7.
- 2 Periodiek röntgenonderzoek en 5-jaarsoverleving van patiënten geopereerd wegens longcarcinoom (Ingezonden). *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 685-9.
- 3 Bailar JC. (Editorial). *Am Rev Respir Dis* 1984; 130: 541-2.

J. D. F. HABBEMA

A. G. H. KESSELS

J. TH. N. LUBBE

P. J. VAN DER MAAS

G. J. VAN OORTMARSEN

Rotterdam, augustus 1986

Wij danken de collegae voor hun commentaar. Ons artikel vestigt de aandacht op een verandering van morbiditeitspatroon van de in het ziekenhuis opgenomen patiënten die lijden aan bronchuscarcinoom. Sinds het staken van het röntgenologisch bevolkingsonderzoek op tuberculose is dit morbiditeitspatroon ingrijpend veranderd. Onze ervaring komt overeen met die van andere klinici-longartsen.

Wij hadden niet de bedoeling de discussie rondom het bevolkingsonderzoek opnieuw te openen. De discussie eindigde destijds in een patstelling waarbij beide partijen onvoldoende harde gegevens naar voren konden brengen om de opponent te overtuigen. Deze situatie is nog zo. Om slechts één voorbeeld te noemen: natuurlijk zijn wij op de hoogte met factoren als 'lead-time' en 'length-time', maar niemand kan zeggen hoe groot de invloed van deze factoren is in geval van het bronchuscarcinoom. Het Amerikaanse onderzoek zal ons helaas ook niet

de definitieve oplossing brengen, daarvoor zijn er te duidelijke methodologische tekortkomingen in de opzet. Omdat wij bij ongewijzigd beleid in Nederland nog vele jaren zullen worden geconfronteerd met een longkankerepidemie met zeer hoge sterfte, pleiten wij in ons artikel 'voor het opzetten van een . . . prospectief onderzoek, bijv. in proefregio's, zoals eerder door de Gezondheidsraad werd voorgesteld'. Het wetenschappelijk potentieel in Nederland is hiervoor ruimschoots aanwezig; verder zijn er nog andere omstandigheden (o.a. een goed functionerend bevolkingsregister) die een dergelijk prospectief onderzoek in Nederland haalbaar maken.

J. KRAAN
A. M. VAN DER WAL
H. J. SLUITER

Groningen, oktober 1986

Mededelingen en bekendmakingen

Voorstel tot het oprichten van een Werkgroep Geschiedenis Tropische Geneeskunde

In het Koninklijk Instituut voor de Tropen en andere instellingen die zich vanouds met medische aspecten in de tropen bezighouden, moeten zich grote hoeveelheden materiaal bevinden die van historische waarde zijn. Er is, in tegenstelling tot bijvoorbeeld het Wellcome Museum en de London School of Tropical Medicine, nauwelijks actief beheer gevoerd over dit materiaal. Vooral sedert de recente verhuizing van het Laboratorium voor Parasitologie in Leiden en van de Afdeling Tropische Hygiëne in Amsterdam kan worden gevreesd dat belangrijke archieven en fotomateriaal in ongereede zijn geraakt of teloor zijn gegaan.

Voorgesteld wordt nu om te komen tot een Werkgroep Geschiedenis Tropische Geneeskunde binnen de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde, die zich ten doel zou kunnen stellen:

1. het inventariseren en toegankelijk maken van historisch materiaal,

2. de studie van en het refereren of publiceren over onderwerpen uit de geschiedenis van de tropische geneeskunde, zo mogelijk in samenwerking met universitaire onderzoeksgroepen voor de geschiedenis der geneeskunde of biohistorie.

3. het verzamelen van (foto)materiaal en mondelinge overlevering van oud-tropenartsen en onderzoekers,

4. het verzamelen en bewerken van belangrijke klinische en epidemiologische gegevens, om die ter beschikking te stellen van jonge tropenartsen en docenten aan tropencursussen,

5. educatieve activiteiten die de jongere generaties binnen en buiten de Vereniging bekend kunnen maken met de medische zorg, zoals die vroeger door Nederlanders werd uitgeoefend en doorgegeven.

Inlichtingen zijn te verkrijgen bij dr. J. P. Verhave, Katholieke Universiteit Nijmegen, afdeling Medische Parasitologie, Geert Groteplein Zuid 24, Nijmegen; tel. 080-514306.

J. J. LAARMAN
J. P. VERHAVE

Boekaankondigingen

Aanbevolen leerboeken: Psychiatrie

De algemene arts die informatie zoekt over psychiatrie, zal daarbij vaak denken aan betrekkelijk lichte neurotische klachten of zelfs aan psychosociale problematiek. In feite zijn dit grensgebieden, of gebieden van overlapping, tussen psychiatrie en psychologie. Vanuit beide disciplines wordt er dan ook over geschreven. Doorgaans gaat het dan niet om de theorie, maar veeleer om een handreiking bij beleid of psychotherapie. Een overzicht van dit terrein is te vinden in:

Psychotherapie in Nederland. Cassee AP, Boeke PE, Barendregt JF, red. 2e druk. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980. Prijs: ingen. f 52,50.

Instructief en op de praktijk gericht is ook:

Directieve therapie (2 delen). Velden K van der, red. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980. Prijs: deel I in herdruk; deel II ingen. f 55,-.

Lange A, *Gedragsveranderingen in gezinnen*. 6e druk. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1985. Prijs: ingen. f 55,-.

Dit boek is op het ogenblik populair voor de aanpak van gezinsproblemen. Het laat zich prettig lezen en geeft een beeld van de manier waarop interacties binnen het gezin kunnen worden beïnvloed.

De meer traditionele, veelal individuele psychotherapie is te vinden in een groot aantal, vooral Engelstalige, boeken, die echter dikwijls toch weer een bepaald aspect behandelen.

Storr A, *The art of psychotherapy*. Londen: Heinemann, 1979. Prijs: geb. f 43,60.

Deze algemene inleiding is in het Nederlands vertaald als *Psychotherapie als kunst*. Meppel: Boom, 1981. Dit boekje is heel eenvoudig en geeft basale informatie, maar dat op een evenwichtige en bruikbare manier. De vertaalde versie is thans uitverkocht.

Voor de theorie van de neurosen is ten onzent nog altijd enigszins populair: