

Onze dank voor uw aanvullende opmerkingen betreffende ons artikel. Het door u veronderstelde mechanisme ten grondslag liggend aan de natriumconcentratie in het serum bij daling van de glucosespiegel in het plasma en de berekening daarvan volgens Katz zijn ons bekend uit de literatuur en ook wij denken dat dit de meest waarschijnlijke verklaring voor dit fenomeen is. Overigens brengt de stijging van de natriumconcentratie met zich mee dat de daling van serumosmolariteit minder snel is dan die welke de geïsoleerde daling van de glucosespiegel in het serum zou bewerkstelligen, waardoor (wellicht) het gevaar voor cerebrale overhydratie bij te snelle daling van de serumosmolariteit kleiner wordt. Een sterfte van circa 20% is gelukkig lager dan bij volwassenen, maar nog altijd zeer aanzienlijk en noopt tot uiterste voorzichtigheid bij de rehydratie en correctie van de hyperglykemie bij deze patiëntjes.

H. N. CARON
G. E. SENNEMA

Amsterdam, oktober 1986

Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde; bartholinitis

Hierbij wil ik reageren op het artikel van Meijer en Hammerstein (1986; 1887-9). De schrijvers propageren op basis van 20-30 jaar oude literatuurgegevens de cyste van Bartholin te behandelen door middel van marsupialisatie. Een huisarts met chirurgische ervaring zou de ingreep kunnen uitvoeren. De schrijvers geven aan dat volgens de literatuur na marsupialisatie een recidiefpercentage wordt gevonden van 1-24. De filosofie achter het artikel is naar mijn mening onjuist. Door marsupialisatie zal geen functioneel herstel van de klier worden verkregen. Het klierweefsel is gedestrueerd door de cystevorming. Bovendien is het al of niet functioneren van de klier voor de patiënt niet van belang. De patiënt is meer gebaat bij een definitieve oplossing. De beste oplossing voor de cyste van Bartholin is nog steeds de extirpatie, zodra de klier wordt opgemerkt. Met grote regelmaat zie ik patiënten bij wie behandeling achterwege is gelaten totdat uiteindelijk abcedering is opgetreden.

De extirpatie van de cyste is voor een gynaecoloog een eenvoudige ingreep. Het aantal complicaties is zeer gering. Hematoomvorming kan worden vermeden door adequate drainage. Een rectumbeschadiging mag niet voorkomen.

De schrijvers hadden er beter aan gedaan een vergelijkend onderzoek te verrichten tussen marsupialisatie en extirpatie van de klier van Bartholin en op grond daarvan aanbevelingen te doen, in plaats van op basis van een literatuurstudie. Ik hoop dat mijn kritiek een bijdrage kan leveren tot een adequate behandeling.

G. M. BOUW

Bennekom, oktober 1986

Naar aanleiding van de reactie van collega Bouw de volgende opmerkingen. Door de ligging van de afvoergang ten opzichte van de klier (hoek van ca. 90°) treedt er in de klier geen drukatrofie op bij cystevorming.¹ Als de slijmproductie wegvalt, bestaat immers de cyste ook niet meer. Hieruit volgt dat functioneel herstel mogelijk is. Het is bekend dat dubbelzijdige extirpatie van de glandula Bartholini klachten geeft van dyspareunie door droogheid van het vestibulum.² Dit maakt een levenslang gebruik van lubricerende middelen nodig. Functioneel herstel is dus, ervan uitgaande dat seksueel goed functioneren belangrijk is, wel degelijk van belang. Mede hierom geniet marsupialisatie de voorkeur boven extirpatie.

Een ander punt is de kans op complicaties bij extirpatie. In tegenstelling tot de ervaring van collega Bouw is de literatuur hierover eensluidend: extirpatie is een ingreep waarvoor een

ziekenhuisopname nodig is, algehele narcose moet worden gegeven en die gepaard gaat met een gerede kans op complicaties.³ Gezien de reactie van collega Bouw is de filosofie achter het artikel blijkbaar goed overgekomen. Onzes inziens is de beste therapie de marsupialisatie, bij voorkeur door plaatsing van een vreemd lichaam. Het is de eenvoudigste, minst belastende en vermoedelijk goedkoopste ingreep met een goede kans op genezing. De laatste opmerking over een vergelijkend onderzoek is een juiste. Desalniettemin is ook kennis nemen van de ervaringen van anderen, literatuur onderzoeken dus, zeer nuttig. Al was het alleen maar om niet de eigen norm te verheffen tot de algemene.

LITERATUUR

- 1 Sarrel PM, Steege JF, Maltzer M, Bolinsky D. Pain during sex response due to occlusion of the bartholin gland duct. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 261-4.
- 2 Jacobsen P. Marsupialisation of vulvovaginal (bartholin) cysts. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 79: 73-8.
- 3 Mattingly RF, Woodruff JD. Surgical conditions of the vulva. In: Mattingly RF, Woodruff JD, eds. *Te Linde's Operative Gynecology*. 6th ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1985: 689-741.

A. J. MEIJER

Leiden, november 1986

D. A. C. M. HAMMERSTEIN

Furosemide

In het artikel van collega Kerremans (1986; 1588-90) wordt o.a. aandacht besteed aan de meest voorkomende bijwerkingen van het distale lisdiureticum furosemide. Wanneer in beschouwing wordt genomen dat furosemide in veel gevallen in combinatie met andere farmaca wordt voorgeschreven, meen ik te kunnen stellen dat de potentieel ototoxische nevenwerking van het agens onvoldoende wordt belicht.¹ Zeker gezien de vaak gebruikte combinatie van cisplatine en furosemide en de combinaties van aminoglycoside, vancomycine of erytromycine en furosemide, kan er sprake zijn van potentiëring van – in aanvang subklinische – ototoxische bijwerking.^{2,3}

Een en ander wordt zowel door dierexperimenteel onderzoek als door onderzoek bij de mens bevestigd. In recente publikaties wordt de aandacht gevestigd op de opmerkelijk lagere ototoxiciteit van het distale lisdiureticum bumetanide.³ Het bovenstaande zou met name van belang kunnen zijn bij de behandeling van patiënten met een beperkte cochleareserve.

LITERATUUR

- 1 Rybak LP. Furosemide ototoxicity: Clinical and experimental aspects. *Laryngoscope* 1985; 95 (Suppl 38): nr 9.
- 2 Komune S, Snow JB. Potentiating effects of cisplatin and ethacrynic acid in ototoxicity. *Arch Otolaryngol* 1981; 107: 594-7.
- 3 Brummett RE, Bendrick T, Himes D. Comparative ototoxicity of bumetanide and furosemide when used in combination with kanamycin. *J Clin Pharmacol* 1981; 21: 628-36.

R. J. A. M. VAN DER HULST

Amsterdam, oktober 1986

Zoals al gemeld in het antwoord aan collega Tange is de ototoxiciteit van furosemide als monotherapie zeer zeldzaam.¹ Bij een mogelijke interactie van furosemide met bekend ototoxische geneesmiddelen in het menselijke binnenoer weet niemand of er sprake is van potentiëring van bijv. aminoglycoside-effecten, dan wel van ontmaskering van een subklinisch ototoxisch effect van furosemide. Voor een algemeen forum achtte ik het bestaan van de door collega Van der Hulst genoemde interacties bij de mens te onzeker om te vermelden (erytromycine, cisplatine)² en niet relevant onder gangbare omstandigheden. Bij gebruik van aminoglycosides zal de gemelde toeneming

in nefrotoxiciteit al moeten leiden tot terughoudendheid in co-medicatie met lisdiuretica. De vergelijkende studies tussen furosemide en bumetanide zijn inderdaad hoopvol: de genoemde publikatie is – helaas – een studie bij cavia's (het bumetanide-metabolisme verschilt al tussen de diverse diersoorten). Recente overzichten bevestigen de mogelijkheid van geringere otoxiciteit bij gebruik onder bijzondere omstandigheden.^{3,4}

LITERATUUR

- 1 Kerremans ALM. Furosemide. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 2000-1.
- 2 Reddel RR, Kefford RF, Grant JM, et al. Ototoxicity in patients receiving cisplatin: importance of dose and method of drug administration. Cancer Treat Rep 1982; 66: 19-23.
- 3 Ward A, Heel RC. Bumetanide. Drugs 1984; 28: 426-64.
- 4 Whelton A, ed. Current trends in diuretic therapy. Am J Cardiol 1986; 57: 1A-53A.

A. L. M. KERREMANS

Helmond, november 1986

Mammografie, soms een feilbaar onderzoek

Collega Stroosma betoogt, dat elke patiënt met een palpabele mammatumor verwezen moet worden naar de chirurg voor biopsie (1986; 1041-2). Hierop reageert collega De Jongh, die berekent dat er dan 766 vrouwen van 20-29 jaar onnodig een biopsie moeten ondergaan.¹ Het probleem is mijns inziens belangrijk genoeg om op terug te komen.

Het verschil van mening gaat over de vraag of bij vrouwen van 20-49 jaar volstaan kan worden met de uitslag benigne na palpatie en mammografie (strategie I) dan wel dat elke patiënte met een palpabele mammatumor verwezen moet worden voor biopsie (strategie II). In een stad van 200.000 inwoners met circa 80 huisartsen gaat het per jaar om 150 vrouwen tussen de 20-49 jaar,² gemiddeld twee gevallen per huisarts. Van de 150 vrouwen blijken er 25 carcinoom te hebben.³ Als de zeer sensitieve, maar minder specifieke waarden worden aangehouden van een bevolkingsonderzoek bij 50-plussers, dan komt men inderdaad tot zeer grote aantallen extra biopsieën voor vrouwen van 20-29 jaar om dat ene met strategie I gemiste carcinoom met strategie II wel vast te stellen.⁴ De carcinoomincidentie blijkt echter van grote invloed te zijn op de uitkomst in de berekening van De Jongh. Een aandeel van 5% carcinomen, dan wel een aandeel van 1,5%, veroorzaakt een verschil in uitkomst van de berekeningen van enige honderden extra biopsieën per gemist carcinoom. Bij vrouwen van 40-49 jaar blijkt de verhouding veel minder ongunstig te zijn.

Aangezien bij jonge vrouwen waarschijnlijk veel minder sensitieve en veel meer specifieke waarden aangehouden moeten worden voor palpatie en mammografie, lijkt het beter de waarden aan te houden zoals de Gezondheidsraad die minimaal

TABEL 1. Het aantal palpabele mammatumoren in de huisartspraktijk en het aandeel carcinoom, per 100.000 ingeschreven vrouwen, per leeftijdsgroep, per jaar^{2,4}

	leeftijdsgroepen			
	20-29 jr.	30-39 jr.	40-49 jr.	20-49 jr.
aantal tumoren	38	38	72	147
aantal carcinoomen	0,6 (1,5%)	7,1 (19%)	17,5 (24%)	25 (17%)

opgeeft.^{5,6} Ook dit blijkt een grote invloed te hebben op de uitkomst (tabellen 1 en 2).

Het is duidelijk, dat er in de discussie tussen voor- en tegenstanders van verwijzing van alle vrouwen met palpabele mammatumoren onvoldoende aandacht wordt geschonken aan de onzekerheidsmarges in de getallen die in de formules worden ingevoerd. De uitspraak 'Strategie II kost slechts 4 biopsieën per carcinoom meer' is even onvolledig als de uitspraak 'Strategie II kost vele honderden biopsieën per carcinoom meer'. Het betreft verschillende breuken met een verschillende betekenis over hetzelfde probleem.

Mijn persoonlijke mening is, dat de huisarts er goed aan doet alle vrouwen boven de 30 jaar met een knobbeltje in de borst te verwijzen naar de chirurg. Dit geeft de grootste zekerheid zonder dat daarvoor excessief veel biopsieën verricht hoeven worden, noch absoluut, noch relatief. Gezien het geringe aantal tumoren bij de heel jonge vrouwen van 20-29 jaar is verwijzing ook bij deze groep het overwegen waard. De begeleiding van die twee vrouwen per jaar per huisarts is te overzien. Tot slot kan worden opgemerkt, dat over de psychische belasting van vrouwen die 'onnodig' een biopsie moeten ondergaan, dan wel een gemist carcinoom blijken te hebben, de mening van de vrouw van minstens even groot belang is.

LITERATUUR

- 1 Jongh TOH de. Mammografie, soms een feilbaar onderzoek (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 1332.
- 2 Continue Morbiditeitsregistratie NUHI 1971-1978; gewone ziekten, deel I. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
- 3 Gezondheidsraad. Advies inzake radiotherapie, deeladvies I; epidemiologie (incidentie van kanker). 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1984.
- 4 Knottnerus JA. Interpretatie van diagnostische gegevens. Huisarts Wetensch 1983; 26: 363-8.
- 5 Gezondheidsraad. Tweede interimadvies inzake vroege opsporing van borstkanker. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1984.
- 6 Dronkers DJ. De betrouwbaarheid van mammografie. Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 955-8.

N. P. VAN DUIJN

Almere, augustus 1986

TABEL 2. Uitkomsten van twee diagnostische strategieën voor aan de huisarts aangeboden palpabele mammatumoren per 100.000 vrouwen per jaar (incidenties volgens tabel 1)

	leeftijdsgroepen							
	20-29 jr.		30-39 jr.		40-49 jr.		20-49 jr.	
	strategie I	strategie II	strategie I	strategie II	strategie I	strategie II	strategie I	strategie II
voorspellende waarde positieve uitslag	11%	1,6%	63%	19%	70%	24%	60%	17%
aantal benodigde biopsieën (abs.)	5,4	38	11	38	24	72	40	147
aantal gemiste carcinomen (abs.)	0,02	0	0,3	0	0,7	0	1	0
aantal biopsieën per carcinoom	9,4	63,2	1,6	5,3	1,4	4,1	1,7	5,8
voor strategie II extra benodigde biopsieën; aantal biopsieën per carcinoom bij sensitiviteit van strategie I van 96% (specificiteit 87%)	1350		95		70		105	
voor strategie II extra benodigde biopsieën; aantal biopsieën per carcinoom bij sensitiviteit van 98% (specificiteit 87%)	2700		190		135		210	